n°513 - Novembre-Décembre 2006

Revue hospitalière de France

Qualité et performance

Revue de la Fédération hospitalière de France

Denis Debrosse
Conseiller général des établissements de santé
Chef de projet du dispositif d'accompagnement des réformes
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

L'émergence d'une culture collective

La qualité hospitalière est certainement le plus large dénominateur commun de tous les professionnels de santé. Là n'est pas le sujet, mais dans la question : qu'est-ce qu'un service de qualité et comment s'en assurer ? La réponse la plus répandue, et qui est reprise en permanence, des fédérations aux syndicats et aux médias : « Il faut plus de moyens. »

Les réformes d'Hôpital 2007 visent à objectiver la qualité en mettant en place les outils, et surtout l'évaluation avec les sanctions - positives ou négatives - qui en assurent la crédibilité. Ces réformes entraîneront une modification en profondeur des organisations et des cultures. Quatre volets sont indissociables : les contrats d'objectifs et de moyens, l'autorisation des activités, le management et la tarification à l'activité.

Les contrats qui seront passés avec les agences régionales de l'hospitalisation avant le 31 mars 2007 définiront la place des établissements dans leur territoire de santé et leurs objectifs d'activité. L'hôpital public doit saisir cette opportunité pour développer les complémentarités afin d'asseoir sa place comme réseau de soins proposant le panel des activités médecine/chirurgie/obstétrique dans une offre coordonnée. Continuer dans une concurrence stérile entre hospitaliers publics serait contre-productif en termes de performance pour les patients, mais aussi dans ses relations avec le secteur privé (mieux vaut être en ordre de marche pour négocier).

La Haute Autorité de santé est maintenant en mesure de répondre aux objectifs d'accréditation et d'évaluation des pratiques professionnelles. Il est clair que, demain, toute activité qui n'aura pas été accréditée ne saura être autorisée. Il en va de la crédibilité de la démarche et de l'intérêt du patient. Et il est temps, lorsque l'on connaît les règles drastiques imposées aux entreprises pour garantir la sécurité des consommateurs.

La recherche de la qualité est le meilleur levier de performance collective des professionnels. Il permet l'émergence d'une culture commune dans un milieu qui a vu croître cloisonnements, corporatismes et services à l'excès.

De telles évolutions ne peuvent réussir dans des hôpitaux administrés, hiérarchiques et cloisonnés. La gouvernance répond à ce besoin de changement : association de l'administration, de la direction des soins et des médecins dans le conseil exécutif qui doit devenir un vrai directoire, diviser le nombre de territoires par six en passant du service au pôle et déléguer la gestion pour permettre une utilisation intelligente des ressources et une vraie réactivité dans les prises de décision.

Performance dans les choix stratégiques, la qualité et le management, la T2A assure un véritable retour en termes financiers. Ce pilotage intégré doit garantir des taux d'occupation des services conformes aux besoins de la population, une durée de séjour en adéquation avec la pathologie

des patients et une utilisation éclairée des ressources. L'observation des établissements confirme cette analyse. Le dogme « déficit = manque de moyens » est une affirmation qui ne résiste pas à l'analyse des faits. Ceci ne veut pas dire que la contrainte n'existe pas, mais confirme que sans performance collective, il n'y a pas de perspective positive pour un établissement public ou privé. Cela ne met pas en cause l'efficacité professionnelle. On peut d'ailleurs être un excellent professionnel dans une structure en crise. Le risque pour l'établissement est alors le départ de ce professionnel faute de perspective de performance. Or, l'enjeu de demain pour l'hôpital public sera d'attirer les meilleurs professionnels. Il a plus de chance de le faire dans un projet dynamique qu'en maniant le discours de la crise et du manque de moyens.

L'enjeu de demain pour l'hôpital public sera d'attirer les meilleurs professionnels. Il a plus de chance de le faire dans un projet dynamique qu'en maniant le discours de la crise et du manque de moyens.

Depuis un an, j'assume les fonctions de chef de projet du dispositif d'accompagnement des réformes, ce qui m'amène à être en contact permanent avec les professionnels de terrain, mais aussi leurs représentants, fédérations et syndicats. Le constat est clair : les réformes sont engagées. Il en va maintenant de la réussite et de l'accompagnement de ces changements. L'observation des performances ou des échecs fait ressortir un diagnostic simple mais appelant vigilance et accompagnement : 1) la qualité des dirigeants (stratège, manager et communicant) ; 2) un choix stratégique pertinent (l'heure n'est plus à l'investissement garantie du développement, mais à la recherche de l'efficience) ; 3) une gestion quotidienne « au ras du gazon » (taux d'occupation des plateaux techniques, durée moyenne de séjour, *benchmark*).

Ce numéro « performance et qualité » de la *Revue hospitalière de France* démontre, au fil des pages, que c'est la meilleure voie pour la modernisation des établissements. Hôpital 2007, voulu d'ailleurs par les professionnels, est la meilleure réponse pour atteindre cet objectif. Tout retard dans la mise en œuvre constituerait un grave handicap pour tel ou tel établissement. Un nombre important d'hôpitaux se sont engagés sur le chemin de la réussite, les cliniques s'adaptent. Il faut s'attendre à de nouvelles mesures de modernisation pour continuer à avancer : rémunération variable pour les médecins, intéressement, centre national de gestion pour les directeurs et les praticiens hospitaliers, développement des groupements de coopération sanitaire. Et ceci au moment d'un renouvellement massif des personnels du fait des départs en retraite, véritable opportunité pour les nécessaires restructurations.

Cette méta-réforme concerne aussi l'État, avec le recentrage du ministère sur ses fonctions régaliennes et de pilotage, les ARH passant de distributrices d'autorisations et de moyens au rôle d'organisatrices de l'offre de soins et d'évaluatrices de la performance.

Il faut s'attendre à de nouvelles mesures de modernisation pour continuer à avancer : rémunération variable pour les médecins, intéressement, centre national de gestion pour les directeurs et les praticiens hospitaliers, développement des groupements de coopération sanitaire.

■

devarrieuvillaret
"Si c'est bien pour moi, c'est bien pour vous."
BAISSE DES TARIFS D'ASSURANCE AUTO
DE -4%
À -15%
Pour une Citroën C4 essence 2L 16V exclusive, votre assurance tous risques ne vous coûte que 24€ par mois à Strasbourg*
APPELEZ LE 0820 809 809 (0,12 TTC/mn)
ou tapez www.gmf.fr
GMF
1er ASSUREUR DES AGENTS DES SERVICES PUBLICS

* Cotisation mensuelle TTC «Duxio Eco» au 01/04/2006. Tarif pour un conducteur fonctionnaire âgé de 40 ans suivant l'usage privé-trajet/travail-administratif avec bonus de 50%, 5% de réduction mutualiste et sans sinistre au cours des 36 derniers mois. Hors garantie conducteur, avec garage, avec franchise. Frais de mensualisation de 2,29 € TTC par mois en sus. Pour un 1er contrat à la GMF, le droit d'entrée est de 1,52 € TTC.

La Garantie Mutuelle des Fonctionnaires et employés de l'Etat et des services publics et assimilés. Société d'assurance mutuelle. GMF Assurances - Société anonyme au capital de 181 385 440 € entièrement versé. RCS Paris B398 972 901 - APE 660E. Entreprises régies par le Code des assurances. Sièges sociaux : 76 rue de Prony 75857 Paris cedex 17.

Couverture : *Bulle aux bégonias*, Patrick Blanc, 2006. Botaniste et chercheur au CNRS, Patrick Blanc est l'inventeur du mur végétal (fondation Cartier, musée du quai Branly). Il transforme cet hiver l'espace EDF Electra en une immense serre tropicale. Six installations réalisées avec la complicité du designer Alexis Tricoire, composées de plus de 200 plantes de 100 espèces différentes, témoignent de l'extrême faculté d'adaptation des plantes aux milieux extrêmes. Exposition *Folies végétales*, Espace EDF Electra, 6 rue Récamier, 75007 Paris, jusqu'au 4 mars 2007. Entrée libre, 12h-19h, sauf lundis et jours fériés.
Crédit : médiathèque EDF/Julien Daniel. Courtesy EDF

Sommaire

Éditorial 1
Denis Debrosse, *conseiller général des établissements de santé*
Chef de projet du dispositif d'accompagnement des réformes, DHOS

Actualités 7

Heure H : concertation réussie 7
Convention FHF à l'Unesco 7
Hopital.fr : premier site « grand public » sur l'hôpital 9
CHRU de Lille : première mondiale 9
Transport interne des patients 11

Dossier
Qualité et performance

Accréditation des médecins : objectifs et mise en œuvre . . 16
Frédérique Pothier, *chef du service accréditation des médecins, Haute Autorité de santé*

COMPAQH : recherches sur le développement des indicateurs qualité . . 19
Étienne Minvielle, *chercheur au CNRS*
Responsable scientifique du projet COMPAQH, CERMES

Quel rôle pour l'usager partenaire ? 23
Nicolas Brun, *chargé de mission santé à l'Union nationale des associations familiales (UNAF), président d'honneur du Collectif interassociatif sur la santé (CISS)*

Assistance publique-Hôpitaux de Marseille : émergence d'une culture commune 26
Jean-Claude Deforges, *directeur de la qualité et de la gestion des risques*
Assistance publique-Hôpitaux de Marseille

Icalin et les indicateurs de qualité des soins 29
Valérie Salomon, *pharmacien praticien hospitalier*
Jean-Marc Nadal, *médecin praticien hospitalier*
DHOS, bureau qualité et sécurité des soins

Indicateurs et certification : nouvelle donne pour la troisième version . . 31
Frédéric Bousquet, *responsable du service IPAQH*
Philippe Burnel, *directeur de l'accréditation*
Haute Autorité de santé

Projets européens et internationaux 35
Pascal Garel, *pôle international, Fédération hospitalière de France*

Droit et jurisprudence

Régulation médicale au SAMU : responsabilité du médecin libéral 38
Mylène Bureau, *élève avocate, Centre de droit JuriSanté, CNEH*

Sur le web

Cécile Piques, *directrice adjointe des ressources humaines,centre hospitalier universitaire de Nîmes*

Qualité et performance 40
Achats hospitaliers 41
Nouveautés 41

Réflexions hospitalières

OK, LE GOUVERNEMENT VOUS DIT LA VÉRITÉ : IL VA FALLOIR ÊTRE FORT !
TU ES PARFAIT ESCLAVE QUAND MÊME DE FAIRE CROIRE UNE CHOSE D'IPOIN DANS TON REGARD.

Didier Tabuteau : « La santé devient un objet politique » 42
Propos recueillis par Catherine Bonhomme, RHF

Pandémie grippale et réflexion éthique 45
Patrick Lagadec, *directeur de recherche à l'École polytechnique, membre du Conseil scientifique de la plateforme de réflexion éthique « Pandémie grippale », université Paris-Sud 11*

Conventions hôpital - police - justice 49
Jean-Robert Chevallier *et* Stéphane Péan, *directeurs adjoints, centre hospitalier de Blois*

L'équipement sanitaire des pôles ruraux 53
Patrice Lorson, *président de l'ANHL. En collaboration avec* Laurent Tardif, *Adysta Conseil,* et Jérôme Le Brière, *élève directeur à l'ENSP*

Mobilisation pour la formation : l'ANFH renforce son action 55
Pierre Gilibert, *directeur général, ANFH.*
En collaboration avec le Cabinet Ambroise Bouteille et Associés

Les territoires au chevet de la santé 57
Emmanuel Vigneron, *responsable de l'Atelier Santé*
Institut des hautes études de développement et d'aménagement des territoires européens

Maladie d'Alzheimer : du diagnostic précoce à l'accompagnement médico-social 63
Table ronde - Forum de l'hôpital public et du secteur social et médico-social

Mise en place de la nouvelle gouvernance : évaluation dans 100 centres hospitaliers 66
Edouard Bichier, *président de la CME du CH de Saumur*
Secrétaire de la Conférence nationale des présidents de CME de CH
Francis Fellinger, *président de la CME du CH d'Haguenau,*
président de la Conférence nationale des présidents de CME de CH

Tribune libre

Directeur des finances au bord de la crise de nerfs 70
Hélène de Roo, *directrice des finances, centre hospitalier Sud-Francilien*

Cultures et cité

Lancement de Hi.culture 72
Philippe Ramette, ou l'art de la contrainte en liberté 73
Culture scientifique et communication médicale 73

En librairie 76

Offres d'emploi 79

REVUE
DE LA FÉDÉRATION
HOSPITALIÈRE
DE FRANCE
33, avenue d'Italie
75013 Paris
Tél. : 01 44 06 84 44
Fax : 01 44 06 84 45
Email : fhf@fhf.fr
Site : www.fhf.fr
Rubrique publications

OJD PRESSE PAYANTE 2004

Nouveau Monde DDB Action – Crédit photo : Getty Images

Face aux risques, certains s'immobilisent. D'autres se mobilisent avec nous.

plus qu'une mutuelle,
une référence

SHAM

Assureur spécialiste des établissements de santé, d'hébergement et du secteur médico-social,
SHAM s'engage et se mobilise face aux risques de votre activité.
L'offre d'assurances SHAM vous garantit une couverture adaptée et performante de votre établissement :
responsabilité civile, protection juridique, dommages aux biens, assurance automobile, risques du personnel,
assurances de la construction… Véritable partenaire, SHAM vous accompagne grâce à ses services :
gestion des risques, gestion des risques dommages, formation professionnelle…
De quoi vous donner confiance en l'avenir.

www.sham.fr ou 04 72 75 50 25

SOCIÉTÉ D'ASSURANCE MUTUELLE À COTISATIONS FIXES – ENTREPRISE RÉGIE PAR LE CODE DES ASSURANCES

DR

> 15 décembre, UNESCO

Convention FHF

La convention de la Fédération hospitalière de France se réunit le 15 décembre à l'Unesco.
Le discours de politique générale prononcé par Claude Évin sera suivi de deux temps forts :

Élection du président et des membres du conseil d'administration

Dix administrateurs seront élus :
- quatre administrateurs représentant les établissements sociaux et médico-sociaux ;
- six administrateurs représentant les médecins.

À l'issue de cette procédure, les membres du conseil d'administration se réuniront pour élire le président et le bureau.

Présentation des propositions fédérales pour l'avenir du service public hospitalier

L'après-midi sera consacré à la présentation de « L'heure H », aux débats et aux échanges. La plateforme des propositions fédérales pour l'avenir du service public hospitalier, adoptées par le conseil d'administration le 29 novembre, fera l'objet d'un débat avec les professionnels, experts et principaux auteurs des rapports réalisés sur l'hôpital depuis quelques années (Guy Vallancien, Yvon Berland, Denis Debrosse, Claude Jeandel…). ■

informations diverses

l'heure H
Quel avenir pour l'hôpital public ?

http://heure-h.hopital.fr
Concertation réussie

Créé à l'automne afin d'accompagner la plateforme en construction, le blog de discussion « L'heure H » est l'un des instruments de la concertation fédérale et de ses propositions pour l'avenir de l'hôpital public.
Pari réussi :
- plus de 200 visites par jour ;
- près de 300 commentaires en réaction aux 21 sujets soumis à consultation.

Les sujets qui ont suscité le plus grand nombre de commentaires des internautes :
- les usagers acteurs de leur parcours de soins ;
- hôpital mode d'emploi ;
- l'impératif d'une stratégie de groupe pour les hôpitaux publics ;
- un programme pour la gériatrie ;
- comment faire travailler ensemble professionnels libéraux et hospitaliers.

Ces commentaires ont joué un rôle important dans l'enrichissement de la plateforme. Ils ont été enregistrés entre le 18 octobre et le 29 novembre, date de clôture de leur prise en compte dans l'élaboration du texte final soumis aux instances fédérales.
Le blog reste ouvert. Il devient le support de communication de la plateforme rendue publique le 5 décembre, la discussion se poursuivant sur la base de ce document dans sa version définitive.
La revue présentera dans sa prochaine livraison, début février, une analyse détaillée des réactions et commentaires aux sujets proposés, ainsi que plusieurs extraits des réflexions les plus emblématiques. ■

informations diverses

Panorama 2005 du risque médical

des établissements de santé

Pour la deuxième année consécutive, SHAM publie le *Panorama du risque médical des établissements de santé*. Cette nouvelle édition rassemble en trois séries d'analyse les différents aspects de la sinistralité en responsabilité civile médicale (RCM) des établissements de santé assurés par SHAM.

La première porte sur les réclamations indemnitaires présentées par les malades, ventilées par nature de préjudices, par type de causes et spécialités médicales concernées ; la deuxième s'intéresse aux dossiers clos en 2005 et à l'étude médico-légale des décisions de justice ayant retenu la responsabilité des établissements ; la troisième présente les principales recommandations issues des visites de risques. Résultats statistiques et exemples concrets illustrent ces analyses qui font apparaître une sinistralité maîtrisée mais une évolution des coûts préoccupante. ■

Panorama téléchargeable dans son intégralité sur www.sham.fr

Prise en charge des malades atteints de cancer

Appel à projets

informations diverses

À la suite des premiers États généraux des malades atteints de cancer, organisés par la Ligue nationale contre le cancer, la Ligue et la Fédération hospitalière de France se sont engagées dans un partenariat pluriannuel.

Ce partenariat vise à promouvoir les actions innovantes dans le domaine de la qualité de la prise en charge des malades atteints de cancer.

Il témoigne de la volonté des deux organismes d'agir concrètement en faveur du malade, en encourageant le développement des démarches qualité, centrées sur ce dernier.

Depuis 2000, 56 projets ont été retenus, portant notamment sur la consultation d'annonce, l'information et l'éducation délivrée aux patients et à leurs proches, le retour à domicile, le confort des malades, le soutien psychologique, l'accompagnement thérapeutique et social, ou encore le dossier médical partagé.

Priorité aux supports de soin

Un nouvel appel à projets conjoint a été lancé le 15 novembre 2006, sur la base d'un cahier des charges établi par la Ligue et la FHF, en liaison avec les Conférences de directeurs d'établissements, les Conférences de présidents de CME, la Fédération de cancérologie des centres hospitaliers et l'Union nationale des associations familiales.

Ouvert à l'ensemble des établissements de santé, il permettra de sélectionner un certain nombre de projets qui bénéficieront d'une subvention versée par la Ligue. Ces projets innovants devront privilégier les supports de soin, témoigner d'une action collective et être exportables dans d'autres structures de soins. Cela suppose que les actions proposées soient développées, conduites et évaluées dans le cadre d'une méthodologie bien définie.

Les dossiers de candidature sont à retourner au plus tard le 16 février 2007

Envoi des dossiers

Par courrier : Pôle Finances-BDHF, Fédération hospitalière de France 33, avenue d'Italie - 75013 Paris

Par courriel : l.toniolo@fhf.fr

Les dossiers de candidature seront téléchargeables à partir de novembre sur le site de la FHF : www.fhf.fr ou sur le site de la Ligue : http://lncc.fhf.fr.

Informations complémentaires :

Laetitia Toniolo

Tél. : 01 44 06 85 01

E-mail : l.toniolo@fhf.fr

informations diverses

www.hopital.fr
Lancement mi-2007 du premier site « grand public » sur l'hôpital

Qu'est-ce que la naupathie ? Un porome Eccrine de Pinkus ? Comment repérer l'établissement hospitalier qui propose une consultation en nutrition-obésité ? Celui qui pratique la chirurgie digestive près de chez soi ? Quels sont les risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse ?

Des questions relativement simples - quoique - pour les professionnels de santé. Un coup de fil entre collègues permettra au besoin de compléter l'information. Or, face à ces questions, les usagers sont parfois démunis.

Mettre en valeur l'offre hospitalière

La FHF souhaite répondre aux attentes des usagers. Elle mettra en ligne mi-2007 le premier site français sur l'hôpital destiné au grand public. Au menu (non exhaustif) des rubriques : Trouver son hôpital - Informations générales - Dossiers de santé publique - Encyclopédie médicale. L'objectif d'hôpital.fr est d'offrir aux Français un outil de connaissance et d'information pratiques sur leur santé et les différents modes de prise en charge proposés par les hôpitaux publics. Il est aussi de permettre aux établissements de développer leurs activités programmées. ■

Plus d'informations :
Fabien Viry, pôle communication FHF
f.viry@fhf.fr

innovations médicales

Alain Vanderhaegen – Délégation à la communication – CHRU de Lille

CHRU de Lille
Première mondiale
Greffe d'un segment d'aorte en remplacement d'une trachée

Les équipes de chirurgie thoracique et d'anesthésie-réanimation cardio-thoracique du CHRU de Lille ont réalisé avec succès les quatre premiers remplacements étendus de la trachée par un greffon aortique : une innovation mondiale dans le domaine du traitement des tumeurs extensives de la trachée.

Les tumeurs de la trachée sont des tumeurs rares, pour la plupart peu sensibles à la chimiothérapie et à la radiothérapie. La chirurgie peut permettre d'obtenir une guérison chez certains patients. Pour d'autres, seul un traitement palliatif est en mesure d'être proposé.

Depuis les années 1950, des tentatives expérimentales de remplacement de la trachée ont été effectuées par de nombreux spécialistes, sans succès.

Cette fois-ci, après des expérimentations animales concluantes, et avec l'accord du Comité consultatif national d'éthique, quatre patients porteurs d'une tumeur étendue inopérable ont bénéficié, à la clinique de chirurgie thoracique du CHRU de Lille, en collaboration étroite avec les équipes de pneumologie et d'anesthésie réanimation, d'un remplacement trachéal par un greffon aortique. Il s'agissait de rétablir la continuité trachéale et permettre ainsi une fonction respiratoire normale. À ce jour, ces quatre patients opérés sont en vie, avec un recul supérieur à dix-huit mois pour les deux premiers.

Ce succès clinique a pu être réalisé grâce aux travaux d'expérimentations animales du Laboratoire d'étude des greffes et prothèses cardiaques de Paris, de l'Institut de médecine prédictive et de recherche thérapeutique de Lille, et de l'Institut de biologie de Lille.

Ont réalisé l'opération : CHRU de Lille :
Équipe de chirurgie thoracique :
Pr Wurtz, Pr Porte, Dr Conti et Dr Akkad
Équipe d'Anesthésie-Réanimation cardio-thoracique :
Dr Desbordes et Dr Dusson
Équipe de pneumologie : Pr Marquette
Ont collaboré (travaux d'expérimentations animales) :
Laboratoire d'étude des greffes et prothèses cardiaques de Paris : Pr Carpentier, Pr Azorin, Pr Martinod,
Institut de médecine prédictive et de recherche thérapeutique - IFR 114, Faculté de médecine, université de Lille 2
CHRU de Lille : Pr Marquette,
Institut de biologie de Lille - UMR8161 CNRS : Pr Duterque. ■

Plus d'informations
Délégation à la communication du CHRU de Lille
Tél. : 03 20 44 60 36

en direct des hôpitaux

Centre hospitalier de Valenciennes
Dossier unique du patient Partenariat public/privé

Mis en œuvre dès 2007, ce projet de dossier unique du patient (DUP) innove par son contexte fédérateur de mixité public/PSPH et par un choix des derniers concepts de système d'information. Le dossier du patient avec un suivi des soins reçus pourra être consulté en accès sécurisé par tous les établissements ou prestataires que le patient utilise.

Ce projet s'inscrit dans le cadre d'un partenariat entre le centre hospitalier de Valenciennes et l'AHNAC (Association hospitalière Nord Artois Clinique). Système d'information étendu, il sera porté par deux établissements de soins majeurs de la région Nord-Pas-de-Calais.

Au niveau régional, il présente, grâce à une nouvelle génération de SIH, un système d'information cohérent pour plusieurs entités distinctes dans leurs statuts et leur implantation géographique.

Une mutualisation des moyens sera ouverte à une extension à tout établissement de soins français grâce au mode ASP (*Application Service Provider*, plateforme applicative et matérielle gérée par le fournisseur de solution) sous couvert d'un accès sécurisé. Un serveur d'identité commun sera dédié à ce système et accessible par le centre hospitalier de Valenciennes, l'AHNAC et/ou un serveur d'identité tiers.

Intégrant les interfaces avec le dossier médical partagé (DMP), il pourra l'alimenter dès sa mise en œuvre, le groupe AHNAC et le centre hospitalier de Valenciennes participant déjà à son expérimentation.

Recherche d'efficience dans le processus de soins

Le dossier unique du patient (DUP) facilite l'échange d'information au sein d'un service, entre services, entre établissements, entre coopérations organisées. Cette informatisation des processus intra et inter-établissements permettra d'organiser le parcours du patient, de partager l'information médicale, de tracer les actes, et donc de facturer au juste coût entre établissements, entre services et envers le patient.

Son application concerne le circuit du médicament, le dossier de soins infirmiers, la gestion des mouvements, la bureautique, les urgences, la réanimation, le bloc et les dossiers de spécialités. L'accent est porté sur la recherche d'efficience des processus de soins. Le système d'information accompagnera le professionnel de santé dans ses prises de décision et intégrera de la logique médicale dans la gestion du SI.

Il permettra de recentrer les services informatiques des établissements de santé sur leur métier : conduite du changement, conduite de projet, mise en place des processus. L'investissement externe «Technologies de l'information et de la communication» pourrait être le plus gros projet TIC hospitalier 2007. Un mode d'exploitation déjà opérationnel en Angleterre et aux États-Unis.

Les partenaires du projet

Le centre hospitalier de Valenciennes

- 18 sites
- Un budget de près de 220 millions d'euros
- La deuxième activité hospitalière de la Région Nord-Pas-de-Calais
- Le pôle sanitaire de référence du sud du département

Le groupe AHNAC

- 12 établissements regroupant différents pôles d'activités
- Un budget de près de 162 M d'euros
- La troisième activité hospitalière de la région Nord-Pas-de-Calais ■

informations diverses

Validation des acquis de l'expérience
Un troisième diplôme accessible aux professions de santé

Un arrêté du 31 juillet permet désormais d'acquérir le diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière par la validation des acquis de l'expérience (VAE). Après celui d'auxiliaire de puériculture puis d'aide-soignant, il est le troisième diplôme accessible par la VAE aux professions de santé. Ceux d'IBODE (infirmier de bloc opératoire diplômé d'État) et d'infirmier pourraient suivre dans les mois prochains. Mise en œuvre au printemps 2002 pour le secteur social et en 2005 dans le champ sanitaire, la VAE a représenté en 2005 dans les deux secteurs, 34 000 candidatures et 4 200 diplômes.

Plus d'informations dans notre dossier «Ressources humaines : les nouveaux enjeux», *RHF* n° 511, juillet-août 2006. Vente au numéro : 01 43 13 39 00 rhf.abonnements@fhf.fr ■

Transport interne de patients
Deux outils d'analyse d'organisation

Comment s'organise la fonction « transport interne » au sein des établissements ? Afin d'y répondre, la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) a lancé voici quelques mois un chantier pilote rassemblant seize établissements partenaires. Les deux premières phases ont été consacrées au diagnostic et à la conduite d'ateliers de travail (rapport disponible sur le site de la Mission). La MeaH met aujourd'hui en ligne deux outils téléchargeables : QuickScan, questionnaire d'évaluation rapide de la maturité de l'organisation, et SuivTach, qui évalue la répartition du temps employé par les agents concernés à partir de la description des postes de travail.
Ces outils sont disponibles sous format Excel. Objectifs : permettre aux acteurs de définir les grands leviers d'optimisation de l'activité. Des exemples de plans d'actions rapportés en phase 3 seront consultables prochainement. ■

Plus d'informations sur http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/ rubrique Dossiers thématiques, Transport interne

People

Anne-Marie Brocas directrice de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Administrateur de l'Institut national d'études démographiques (INED) depuis novembre 2004 et membre du conseil de surveillance de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés depuis 2003, Anne-Marie Brocas, 50 ans, est diplômée de Sciences Po Paris et ancienne élève de l'ENA. Elle succède à Mireille Elbaum qui dirigeait la DREES depuis décembre 1998.

Benoît Leclercq est le nouveau directeur général de l'AP-HP. Il s'agit de la première nomination d'un directeur d'hôpital à la tête du plus important groupe hospitalier européen. Membre du conseil d'administration de la FHF, Benoît Leclercq dirigeait les Hospices civils de Lyon depuis 2003, après avoir occupé les fonctions de directeur des CHU de Nancy (1999-2003) et de Dijon. Benoît Leclercq est âgé de 59 ans.

Yvon Berland, président de l'université de la Méditerranée - Aix-Marseille-II, a été nommé président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

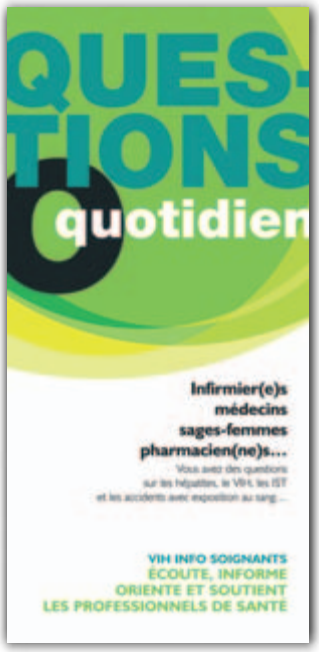
Anne Monnier a rejoint le GIP-DMP pour y diriger le déploiement du dossier médical personnel ainsi que la formation des professionnels de santé. Titulaire d'un DEA de sociologie des organisations, elle était depuis 2003 directrice des équipes études chez Millward Brown France, après avoir occupé les fonctions de « directrice générale groupe » à l'IFOP et de directrice du développement au BIPE, société européenne de conseil. **Philippe Bédère** a également rejoint le GIP-DMP. Auparavant directeur adjoint de la cellule Sesam-Vitale à la CNAMTS, il est désormais chargé de mission auprès de la direction du groupement.

Cédric Grouchka nommé conseiller social à la présidence de la République : praticien hospitalier en santé publique spécialisé en économie de la santé, Cédric Grouchka, 45 ans, était depuis juin 2005 le directeur adjoint du cabinet de Xavier Bertrand. Il avait auparavant exercé les fonctions de directeur adjoint du cabinet de Philippe Douste-Blazy, où il était entré en mai 2004 comme chargé du pôle Hôpital et médicament, poste qu'il occupait au cabinet de Jean-François Mattei depuis 2002. Il a été conseiller au cabinet de Simone Veil, de 1993 à 1995.

© Philippe Grollier

Patrick Lambert succède à Michel Ripoche en tant que secrétaire général de la FHF. Il sera chargé de la gestion de la Fédération et des salons, ainsi que du suivi de construction du nouveau siège, sur le site de Sainte-Anne. Ancien élève de l'ENSP, titulaire d'un DEA de sociologie du droit et des relations sociales, d'une maîtrise de droit et diplômé de l'IEP de Grenoble, Patrick Lambert occupait les fonctions de secrétaire général de la Haute Autorité de santé depuis 2002. Il avait effectué auparavant toute sa carrière hospitalière à l'AP-HP. Patrick Lambert prendra ses fonctions début janvier. Michel Ripoche, qui a demandé à bénéficier d'un congé spécial, quittera la FHF le 31 décembre.

informations diverses



Accord Appel médical/ Sida Info Service/MNH

La prévention des professionnels de santé

L'Appel médical et la MNH s'associent à Sida Info Service afin de renforcer l'information et la prévention auprès des professionnels de santé via la plateforme téléphonique mise en place à destination de ces derniers : **VIH Info Soignants, Tél. 0 810 630 515.** VIH Info Soignants répond 7 jours/7 aux questions sur les hépatites, le VIH, les infections sexuellement transmissibles, les accidents avec exposition au sang. Imprimée à plus de 30 000 exemplaires, la plaquette de VIH Info Soignants est diffusée durant l'année auprès des 25 000 intérimaires de l'Appel médical et auprès de ses 6 600 clients établissements de santé ou de soins, *via* les correspondants de la MNH et au sein des instituts de formation de santé. Les partenaires de cette opération souhaitent apporter ensemble des réponses et un soutien aux professionnels de santé face aux nombreuses interrogations quotidiennes des soignants en contact avec les patients. Les établissements de santé ou instituts de formation peuvent obtenir cette plaquette en se rendant dans une agence de l'Appel médical ou en téléphonant au 0 800 240 533 (numéro vert appel gratuit). ■

en direct des hôpitaux

Poitiers

Informatisation du pôle imagerie

L'imagerie a fait l'objet d'une opération inédite d'informatisation et de numérisation au CHU de Poitiers. Ce nouveau système, dénommé Xplore, permet de suivre en temps réel le patient tout au long de son parcours au sein du pôle : de la prise de rendez-vous à la restitution du compte-rendu, en passant par la dictée numérique et la relation avec les brancardiers, le partage d'informations améliore les interactions et la prise en charge du patient.

Communication CHU Poitiers

Deux manipulateurs, paramétreurs référents, formés au logiciel par un informaticien du CHU.

L'implication des professionnels du pôle et leur collaboration avec l'équipe informatique ont permis de mettre en place un outil opérationnel qui répond de manière optimale aux besoins du terrain. Élaborée par une équipe pluridisciplinaire composée des différentes catégories professionnelles du pôle imagerie et d'informaticiens, entreprise fin 2004 et fonctionnelle dès février 2006, cette informatisation accompagne la mise en place des nouveaux équipements des plateaux de radiologie et de médecine nucléaire.

De novembre 2005 à février 2006, une équipe de onze hospitaliers volontaires (un médecin, six manipulateurs en radiologie et quatre secrétaires) a été détachée partiellement de ses fonctions pour effectuer le paramétrage. Leur réflexion et connaissance du terrain ont permis de redéfinir les activités des différents services et/ou secteurs du pôle afin de modeler un outil adapté à chaque situation. Ils ont formé leurs collègues au nouveau système et restent « référents » pour répondre aux éventuels ajustements. ■

Plus d'informations :
Ariane Becker
Direction déléguée à la communication
CHU de Poitiers

agenda

> 19 décembre, Paris

Organisation des soins : vers de nouveaux modèles ?

L'Association économie et santé et la Société française d'économie de santé proposent une journée consacrée aux nouveaux modèles dans l'organisation des soins. La répartition des rôles et des responsabilités entre les acteurs de santé, l'organisation des soins entre la ville et l'hôpital ainsi que leurs impacts seront abordés. ■

Inscriptions : AES
191 rue de Vaugirard – 75015 Paris
E-mail : colloque.19decembre@yahoo.fr

> 16 janvier, Paris

Emploi des personnes handicapées physiques

Le séminaire « Stratégies pour l'emploi des personnes handicapées physiques dans les fonctions publiques » est organisé par le CTNERHI. La journée débutera par un état des lieux : logiques de la fonction publique parfois obstacles à l'insertion, organes consultatifs, décisionnels et juridictionnels, différentes voies d'accès à l'emploi, secret médical. Elle se poursuivra par l'étude de cas vécus et de jurisprudences. Les nouveaux droits suite à la loi de 2005 seront abordés ainsi que les perspectives d'emploi. Des exemples d'administrations qui recrutent des personnes handicapées seront présentés. ■

Inscriptions : CTNERHI
Régine Martinez
236 bis rue de Tolbiac – 75013 Paris
Tél. : 01 45 65 59 40 – Fax : 01 45 65 44 94
E-mail : r.martinez@ctnerhi.com.fr

> 17-18 janvier 2007, Montpellier

Salon Aid'o Soins

Les secteurs sanitaire et médico-social connaissent un fort développement, particulièrement dans le sud de la France. Pour le Languedoc-Roussillon, ce secteur d'activité génère déjà 16 % des emplois publics ou privés et présente de fortes potentialités de création d'emploi. En revanche, le nombre d'accidents du travail dans ces professions est en forte augmentation : d'après les statistiques de la CRAM, ils ont augmenté de 30 % en cinq ans.
En partenariat avec la FHF et sur l'initiative de la CRAM Languedoc-Roussillon, la deuxième édition du Salon Aid'O Soins aura pour thèmes principaux, répartis en treize conférences : santé, sécurité et emploi, formation dans les métiers de soin et d'aide à la personne.

Quatre-vingt-dix exposants sont attendus, dont une dizaine venant de l'étranger, sur quatre îlots thématiques : équipements, matériels et services - aide à la personne - village des associations - emploi-formation.
Sont concernés les directeurs d'hôpital et de clinique, d'association de soins et d'aide à domicile, d'institution pour l'accueil des personnes à mobilité réduite, de maison de retraite, les représentants du personnel, les médecins du travail, les cadres infirmiers, les infirmiers, les aides-soignants, les auxiliaires de vie… ■

Inscriptions, renseignements :
www.aidosoins.com

> 18-19 janvier, Marseille

10es Assises hospitalo-universitaires L'avenir des CHU et leur performance

Comment optimiser, mieux organiser, mesurer et diffuser les performances des CHU en matière de soins, d'enseignement et de recherche ? À quelle échelle, régionale, interrégionale, les équipes hospitalo-universitaires doivent-elles intervenir ? Des questions déterminantes dans l'environnement de restructurations et de réformes qui redessinent les contours de l'hôpital public français.
Les 10es Assises hospitalo-universitaires traiteront de l'avenir des CHU et de leur performance sur le triple plan de leurs missions de soins, d'enseignement et de recherche. Au programme, communications, débats, restitutions d'études et réflexions prospectives. À l'issue de ces journées, la communauté hospitalo-universitaire émettra un certain nombre de recommandations à l'attention des autorités de tutelle.
Rendez-vous biannuel, ces Assises sont organisées par la Conférence des directeurs généraux de CHU, la Conférence des présidents de commission médicale d'établissement de CHU et la Conférence des doyens de facultés de médecine. ■

Sous l'égide de la Conférence des directeurs généraux de CHU :
Président : Paul Castel
Tél. 03 88 11 63 13 - dg.conference@chru-strasbourg.fr
Organisation logistique : société Héral
Tél. : 01 45 73 69 20 - v.laloue@heral-pub.fr
Contact AP-HM : Daniel Mercier, directeur de cabinet
Tél. : 04 91 38 20 11 - Fax 04 91 38 19 18
daniel.mercier@ap-hm.fr
Plus d'informations, programme :
http://assises2007.ap-hm.fr
www.reseau-chu.org
www.chu-cme.org

agenda

> 26-27 janvier, Strasbourg

Santé médiatisée

La force des images et des représentations

Les 13es journées de Euro Cos Humanisme & Santé proposent de réfléchir sur trois thèmes : les représentations en santé, la force des images et des représentations et la santé médiatisée. Seront abordés, entre autres, la médiatisation de la santé : approche historique, médicale et journalistique ; communication - santé : responsabilités et culpabilités ; le regard du médecin ; les représentations de l'alcool et de l'alcoolisme à l'écran : dits et non-dits ; publicité et comportements alimentaires… ■

Renseignements et inscriptions
Claude-Marie Laedlein-Greilsammer
Euro Cos Humanisme & Santé
Hôpitaux universitaires de Strasbourg
1 place de l'Hôpital – 67091 Strasbourg Cedex
Tél. : 03 88 11 50 06 – Fax : 03 88 11 50 68
E-mail : Claude.Laedlein@chru-strasbourg.fr

> 30 janvier, Boulogne-Billancourt

Quelle organisation gériatrique pour demain ?

Organisé par la FHF et le CNEH, ce colloque abordera les filières, les pôles et les réseaux gériatriques. Au programme : labellisation des filières, comment constituer sa filière gériatrique ? Filière gériatrique d'un hôpital local, les filières gériatriques dans la planification sanitaire, filière gériatrique sur un territoire de santé, l'EHPAD dans le réseau… ■

Renseignements et inscriptions (avant le 15 janvier 2007)
CNEH - Catherine Powell-Evans
3 rue Danton – 92240 Malakoff
Fax : 01 41 17 15 71
E-mail : catherine.powell@cneh.fr

> 6 février, théâtre des Champs-Élysées, Paris

Concert anniversaire Tournesol, artistes à l'hôpital

Depuis dix-sept ans, Tournesol, artistes à l'hôpital propose la rencontre entre artistes, personnes hospitalisées et équipes soignantes. Elle organise près de deux cents concerts par an dans les établissements, essentiellement en Île-de-France et dans le Nord-Pas-de-Calais mais aussi, ponctuellement, dans toute la France. L'association accueille et accompagne les artistes de différentes disciplines dans cet engagement hospitalier. Elle participe au réseau national Culture à l'hôpital soutenu par le ministère de la Culture.
Dans la continuité de cette démarche, l'association organise un concert de prestige au Théâtre des Champs-Élysées le 6 février. Au programme, Haydn, Brahms et Schuman, que côtoieront

Dominique de Williencourt, violoncelliste compositeur

les créations mondiales de Yuko Yuebayashi et Dominique de Williencourt. Une rencontre de musiciens et de compositeurs, une soirée de cœur et de solidarité. ■

www.associationtournesol.co
Réservations : Théâtre des Champs-élysées
Tél. : 01 49 52 50 50

> 14-16 février, Nice

Compétences, gouvernance, performance : les défis hospitaliers

Premier congrès franco-américain du CHU de Nice et d'Harvard Medical International, en partenariat avec l'association Hôpital 2010. L'objet de ce séminaire est la confrontation d'expériences et la réflexion sur le management des établissements de soins face aux transformations stratégiques actuelles. Les échanges porteront sur la différence de modèles, similitude des objectifs : les invariants d'un management performant ; la culture de la performance au service de l'action et du management de proximité ; le changement comme opportunité. Organisé à l'attention des responsables hospitaliers motivés par des échanges d'expériences, il s'adresse notamment aux membres des conseils exécutifs, médecins ou directeurs, responsables médicaux et de pôle. ■

Secrétariat des inscriptions
Christine Chardenal et Stéphane Jarlégand
Tél. : 04 92 03 45 06 - E-mail : nice-boston2007@chu-nice.fr
www.fhf.fr/actualites/agenda

> 22-24 mai, Porte de Versailles – Hall 7.2 à Paris

HIT Paris 2007

1er salon des systèmes d'information en santé

La Fédération hospitalière de France, en partenariat avec le GMSH et CMP Médica France, crée le premier salon français dédié aux systèmes d'information en santé : HIT Paris 2007 (*Health Information Technologies*). Dans un contexte de réorganisation des établissements de santé, de mise en place des SROS 3 et du dossier médical personnel, les systèmes d'information feront l'objet d'un cycle de conférences, d'ateliers pratiques et d'expositions techniques à l'usage des décideurs et des utilisateurs. HIT Paris 2007 est organisé en complémentarité avec Géront Expo-Handicap Expo. ■

Informations : www.fhf.fr

Corwin

OSIRIS

CLINIQUES

HÔPITAUX

MCO

PSY

SSR

USLD

DOSSIER INFORMATISÉ DU PATIENT

Depuis 10 ans, **CORWIN** accompagne les établissements de santé dans leur informatisation. Avec plus de **650** structures, **OSIRIS** est le dossier patient leader du marché et représente plus de 60000 lits équipés.
D'ici quelques jours, nous allons avoir le plaisir d'équiper notre **230 ème** client adhérent à la **FHF**.

Afin de répondre aux besoins de tous les établissements, nous avons développé une version **OSIRIS** spécifique **MCO**, ainsi que le nouveau **PMSI Psychiatrique (RIM-P)**. Nous avons également connecté plusieurs établissements à des **DMP** régionnaux, prémices du **DMP** national qui sera prochainement mis en place en France.

N'hésitez pas à nous contacter , nos équipes sont à votre disposition pour venir vous présenter nos solutions.

Cité des métiers - 80440 BOVES
Tél. 03 22 50 37 90 - Fax. 03 22 50 37 99
www.corwin.fr - commercial@corwin.fr

Qualité et performance

Accréditation des médecins

Objectifs et mise en œuvre

Ont collaboré à ce dossier :

Frédérique Pothier
Accréditation des médecins : objectifs et mise en œuvre 16

Étienne Minvielle
COMPAQH : recherches sur le développement des indicateurs qualité 19

Nicolas Brun
Quel rôle pour l'usager partenaire ? . . 23

Jean-Claude Deforges
Émergence d'une culture commune : Assistance publique-Hôpitaux de Marseille 26

Valérie Salomon
Jean-Marc Nadal
Icalin et les indicateurs de qualité des soins 29

Frédéric Bousquet
Philippe Burnel
Indicateurs et certification : nouvelle donne pour la troisième version . . . 31

Pascal Garel
Projets européens et internationaux . . 35

Entre 120 000 et 190 000 événements indésirables évitables surviennent chaque année en milieu hospitalier. Visant à améliorer la pratique médicale en établissements de santé par la réduction des risques qui y sont associés, l'accréditation des médecins est un dispositif volontaire, valable quatre ans. C'est aussi une modalité de satisfaction à l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles dont elle intègre les procédures, les complétant par d'autres, spécifiques, d'analyse et de réduction des risques.

Frédérique POTHIER
Chef du service accréditation des médecins
Haute Autorité de santé [1]

MOTS-CLÉS
accréditation
médecins
gestion des risques médicaux

Le dispositif d'accréditation des médecins introduit par l'article 16 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie prend sa source dans le projet RESIRISQ développé sur l'initiative des médecins libéraux concernés [2] en vue de trouver une réponse à la hausse des primes d'assurance en responsabilité civile médicale. Les travaux du groupe RESIRISQ, réalisés sous l'égide de l'ANAES [3], entre septembre 2003 et fin 2004, ont abouti à la démonstration de la faisabilité d'un dispositif de réduction des risques liés aux pratiques médicales applicable au plan national.

En donnant à ce projet un support légal, cet article en a étendu le bénéfice à toutes les spécialités et activités médicales dites « à risques », quel que soit le mode d'exercice. Sa mise en œuvre est confiée à la HAS et l'inscrit de ce fait dans une logique de développement des démarches qualité.

Le décret d'application du 21 juillet 2006 [4] définit les modalités pratiques de l'accréditation. Une décision de la HAS prise le 30 août 2006 [5] officialise le cahier des charges des futurs organismes agréés pour l'accréditation, ainsi que la procédure d'agrément [6].

>> Objectifs et modalités pratiques

Centré sur la gestion des risques médicaux, le dispositif d'accréditation des médecins participe à la démarche d'amélioration continue de la qualité des établissements de santé. Il s'inspire de l'expérience d'autres systèmes de gestion des risques ayant fait leurs preuves, tant dans le domaine de la santé que dans l'aviation civile et certains secteurs industriels. De nombreux pays, parmi lesquels les États-Unis, le Royaume-Uni, le Canada et l'Australie, ont effectivement mis en place depuis plusieurs années des politiques de gestion des risques fondées sur la déclaration et l'analyse des événements indésirables médicaux.

La démarche de gestion des risques de l'accréditation est fondée sur la communication par les médecins des « événements porteurs de risques médicaux » (EPR) concernant leur activité. Ces déclarations d'événements anonymisées constituent la « matière première » de la base de données de retour d'expérience gérée par la HAS. Leur analyse conduit à produire des :

- **recommandations individuelles** (en réponse aux événements déclarés par un médecin) ;
- **recommandations générales et référentiels** (résultant de l'analyse de la base de données, d'études de risque et de la veille scientifique) que les médecins adhérant au dispositif devront mettre en œuvre.

1. HAS, 2, avenue du Stade-de-France, 93218 Saint-Denis-La-Plaine Cedex. Tél. : 01 55 93 72 86 - Fax : 01 55 93 74 40 - E-mail : f.pothier@has-sante.fr.
2. Anesthésistes réanimateurs, gynécologues obstétriciens et chirurgiens.
3. Agence nationale d'évaluation en santé, aujourd'hui HAS. Les travaux ont été conduits entre septembre 2003 et fin 2004.
4. *Journal officiel*, 23 juillet 2006.
5. *Journal officiel*, 17 octobre 2006.
6. Les documents sont en ligne sur le site de la HAS : www.has-sante.fr, rubrique Professionnels de santé.

L'accréditation des médecins repose sur les principes suivants :

- **anonymisation des déclarations d'EPR** faites par les médecins ;
- **analyse de ces événements** par des pairs.

Leur respect conditionne la confiance des professionnels, donc l'adhésion à la démarche, que les établissements ont intérêt à partager et préserver.

La méthode s'appuie sur des organismes agréés (OA) par la HAS, les futurs « OA-Accréditation ». Ils sont chargés d'instruire les demandes d'engagement dans la démarche d'accréditation, d'assurer la gestion des risques par spécialité et d'accompagner les médecins.

L'accréditation est une démarche volontaire, valable pour une durée de quatre ans, qui « vaut EPP », c'est-à-dire que les médecins accrédités sont réputés avoir satisfait à leur obligation d'évaluation des pratiques professionnelles [7].

>> Développement du dispositif

Les travaux techniques de conception, de développement et d'expérimentation ont été conduits à la HAS avec les professionnels concernés entre septembre 2005 et novembre 2006. Différents groupes de travail, réunissant au total près de quatre-vingts professionnels, représentant l'ensemble des acteurs, salariés ou libéraux, ont été constitués. L'architecture du dispositif a été validée dès janvier 2006.

Une phase d'expérimentation a été organisée entre mars et mai. Sept spécialités, volontaires, y ont participé : anesthésie réanimation, réanimation médicale, chirurgie orthopédique, neurochirurgie, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, gynécologie obstétrique, radiologie interventionnelle (vingt-cinq participants au total).

Elle visait à simuler les activités d'un OA-Accréditation, et en particulier le travail des experts, ainsi que les activités d'un médecin engagé dans la démarche. Elle a également permis de finaliser la définition des besoins informatiques de la base de données de retour d'expérience, système informatique intégré qui sera mis à la disposition des médecins et des OA-Accréditation par la HAS.

>> Mise en œuvre

La montée en charge sera progressive. L'exhaustivité, d'ailleurs illusoire, des déclarations des événements rencontrés n'est pas recherchée.

Il appartient aux spécialités de définir, en les affinant annuellement, le ciblage d'événements à traiter prioritairement, le programme de réduction des risques et le prérequis définissant le niveau de sécurité minimal des pratiques que doit respecter un médecin qui s'engage dans l'accréditation.

>> Bénéfices de l'accréditation

L'intérêt est réel et concret pour les médecins, les établissements et les patients.

Les médecins y trouveront tout d'abord un bénéfice individuel. L'accréditation « vaut EPP », elle leur donne les mêmes crédits dans l'obligation de formation médicale continue (FMC).

Pour les médecins libéraux accrédités ou engagés dans l'accréditation, une aide financière de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour la souscription de leur assurance en responsabilité civile professionnelle (RCP) accréditée est prévue. Le bénéfice escompté est bien sûr, à terme, une maîtrise de l'évolution des primes d'assurance par la réduction des risques les plus critiques.

Les professionnels engagés y trouveront ensuite un avantage collectif, au niveau d'une équipe médicale. Même si cette notion n'a pas de traduction juridique, ils auront tout intérêt à s'engager, collectivement et simultanément, dans la démarche d'accréditation de façon à mutualiser efforts et résultats.

Les résultats de la procédure d'accréditation étant publics, les médecins et, *a fortiori,* les équipes médicales, gagneront à s'afficher « accrédités » aux yeux des usagers.

Le bénéfice est réel pour les établissements. L'accréditation peut permettre de répondre à certaines références de certification et contribuera sans nul doute au développement d'une culture de gestion des risques et à la mobilisation des acteurs concernés.

Au plan plus général des spécialités médicales, elle offre la possibilité aux médecins de répondre eux-mêmes à la nécessité croissante de sécurité et de réduction des risques légitimement formulée par les patients et reprise par les pouvoirs publics. Il leur appartient ici de définir leurs exigences professionnelles sans dépendre de normes techniques qui pourraient leur être imposées par les pouvoirs publics.

Les véritables enjeux de l'accréditation résident dans la compréhension et la réduction du nombre ou de la sévérité des événements indésirables, grâce au recueil et à l'analyse des EPR qui échappent aujourd'hui à toute déclaration et à toute exploitation. Il faut se souvenir, par exemple, que le nombre de décès annuels causés par des erreurs médicales a été évalué entre 44 000 et 98 000 aux États-Unis et à 24 000 au Canada. En France, l'enquête nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins [8] (ENEIS) a été récemment publiée. Elle visait à estimer l'incidence des événements indésirables graves (EIG) observés en milieu hospitalier, à en évaluer la part évitable et à en analyser les causes. Elle a montré que 35 à 45 % des EIG constatés sont évitables. L'incidence annuelle des événements graves évitables survenus pendant l'hospitalisation est de 120 000 à 190 000. De plus, ils sont la cause de 70 000 à 110 000 admissions évitables par an.

Le dispositif, tel qu'il a été conçu avec la participation active des médecins concernés, vise à un retour d'expérience rapide et mesurable, dès son déploiement. La publication récente du décret d'application rend à présent ce déploiement possible, à commencer par le dépôt à la HAS des dossiers de candidature des organismes, futurs OA-Accréditation. L'engagement des médecins sera possible dès l'existence d'un OA-Accréditation dans leur spécialité. ■

7. Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles (*JO* du 15 avril 2005).

8. ENEIS est conduite par la Direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques (DREES). « Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale », Revue *Études et résultats*, mai 2005, n° 398.

Étienne Minvielle
Chercheur au CNRS
Responsable scientifique du projet COMPAQH, CERMES [1]

MOTS-CLÉS
COMPAQH
qualité
indicateurs
performance
régulation

COMPAQH
Recherches sur le développement des indicateurs qualité

Trois années d'existence du programme COMPAQH permettent d'en tirer les premiers enseignements et d'évaluer ses perspectives de développement jusqu'en 2009. Quels indicateurs sont utilisés ? Comment les tester ? Quelles différences de qualité peut-on révéler ? Quel emploi pratique envisager au sein des ES ? Quel équilibre établir entre initiatives propres aux établissements et incitations externes, telles que le développement des classements ou les incitations économiques ? Enfin, quelle cohérence donner à ce mouvement d'évaluation par la mesure de la qualité des soins ? Autant de questions auxquelles ce programme cherche à répondre.

L'objectif général du programme est d'apporter aux pouvoirs publics et aux professionnels travaillant au sein des établissements de santé des outils de pilotage (indicateurs) et un éclairage sur de nouvelles formes de régulation de la qualité des soins fondées sur la mesure. Le développement de ces indicateurs s'appuie sur différents principes méthodologiques qu'il convient de rappeler, car ils orientent le choix des thèmes et le mode d'évaluation de la qualité des soins proposés.

Principes méthodologiques

>> Rechercher le consensus entre professionnels

En début de projet, ce consensus s'est appuyé sur des méthodes (Focus group, Delphi) afin de sélectionner les priorités partagées par les partenaires hospitaliers lors du choix des indicateurs tests. Il s'exprime aujourd'hui à travers une collaboration régulière avec les organismes professionnels et institutionnels compétents pour élaborer et actualiser les indicateurs sélectionnés. Cette collaboration permanente, si elle peut ralentir le rythme de progression dans le développement de l'indicateur, est le gage d'une meilleure adhésion des professionnels à l'emploi des outils.

>> Rassembler des « éléments de preuve »

Ces éléments sont destinés à valider l'indicateur en vue d'une généralisation : la controverse sur la qualité de l'outil de mesure est en effet classique. Différents tests sont engagés lors du développement de l'indicateur afin d'évaluer cette qualité métrologique. Lorsqu'ils sont positifs, les résultats constituent des « éléments de preuve » en faveur de la validation. Ils sont recherchés sur trois critères :

- **la faisabilité du recueil de données au sein de l'établissement** : la charge de travail, l'acceptabilité et la compréhension de l'indicateur sont notamment évaluées ;
- **la qualité métrologique *stricto sensu*** : la reproductibilité, la validité et les besoins d'ajustement sont testés ;
- **la pertinence des résultats** : l'importance du thème, la variabilité inter établissements et l'écart éventuel à une valeur de référence sont jugés.

1. Unité mixte Inserm750/Cnrs8069,
80 rue du Général-Leclerc,
94276 Le Kremlin-Bicêtre Cedex
Tél. : 01 49 59 19 71
E-mail : minviel@kb.inserm.fr.
Site Internet : http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh.

Ces trois critères ont orienté la sélection des indicateurs au début du projet. La période test 2004-2006 a cherché à consolider les hypothèses établies *a priori*. Les tests sont par nature fondés sur des méthodes d'analyse qualitative [2] ou quantitative [3]. Une fiche signalétique rassemble l'ensemble des résultats et accompagne cette phase de développement.

>> Standardiser les modes de recueil

La comparaison interétablissements suppose de s'appuyer sur les mêmes données d'un site à l'autre, donc de standardiser le mode de recueil. Cette standardisation requiert une description fine des recueils de données nécessaires à la mesure. Cahiers des charges, grilles de recueil et consignes de remplissage ont été produits à cet effet.

>> Respecter l'anonymat de l'établissement

L'anonymat a été adopté pour assurer une plus grande participation des établissements. Les traitements s'appuient sur une base de données centralisée respectant des critères de confidentialité. Lors des analyses comparatives, les résultats restitués préservent l'anonymat de chaque site.

>> Développer une veille

L'évaluation de la performance hospitalière fondée sur la mesure de la qualité est en évolution constante. Afin d'assurer cette veille, des revues régulières de littérature et la participation à des congrès internationaux et des collaborations internationales ont été engagées.

>> Valoriser les recherches

Une importante activité de valorisation est nécessaire à l'explication et au partage des connaissances sur ce sujet, encore relativement novateur en France. Contribuent à cet effort :

- la publication régulière des résultats individuels et comparatifs ;
- le développement d'un site Internet ;
- la présentation du projet au sein de chaque site participant ;
- la participation à différentes réunions professionnelles ;
- un questionnaire d'évaluation du projet adressé aux établissements en 2006.

Résultats et enseignements

Après trois années d'expérience, COMPAQH délivre plusieurs résultats.

>> Méthode de développement des indicateurs

Une méthode de développement de l'indicateur s'est construite et standardisée durant ces trois années. Elle s'appuie sur trois étapes :

- **création d'un ensemble d'outils et de règles** relatifs à la description des recueils de données et à l'évaluation de l'indicateur : cahier des charges, grille de recueil, consignes de remplissage, fiche signalétique d'évaluation ;
- **développement de l'indicateur** à partir d'étapes désormais bien établies : sélection, conception, test de faisabilité, actualisation, tests métrologiques, validation et transfert éventuel vers les opérateurs de la généralisation, suivi postérieur à cette généralisation ;
- **évaluation de l'indicateur** fondée sur des éléments de preuve en matière de faisabilité, qualité métrologique et pertinence des résultats.

Publications et communications attestent également d'un développement de connaissances sur les modalités de construction (conception, tests, méthodes d'évaluation de la qualité de l'indicateur) et d'utilisation des indicateurs (indicateur et évaluation des pratiques professionnelles, impact sur les modes de gestion de la qualité, méthodes de classement, incitation économique). Les éléments de cette expertise sont consultables sur le site Internet du projet et du rapport final COMPAQH (2003-2006) [6].

Sur cette base, sur les quarante-deux indicateurs sélectionnés (tableau p. 22), trente-

>> 42 indicateurs, 36 établissements participants

Objet du programme : le développement et l'utilisation d'indicateurs de performance en matière de qualité des soins.

Indicateurs : à la création du programme en 2003, quarante-deux indicateurs ont été retenus (tableau p. 22). De 2004 à avril 2006, le projet s'est concentré sur l'évaluation de leur qualité métrologique, la mise en place d'un système comparatif (ou *benchmarking*) et la définition de leurs modes de gestion au sein des établissements. À partir de 2007, le programme va s'élargir à de nouveaux indicateurs ainsi qu'à des champs de recherche portant sur le rôle des tableaux de bord au sein des pôles, des classements et du financement par la qualité.

Participants : trente-six établissements [4] dont vingt-quatre de secteur médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), quatre centres de lutte contre le cancer, quatre établissements psychiatriques et quatre de soins de suite et de réadaptation.

Financeurs : COMPAQH* est une recherche opérationnelle soutenue par la DHOS, la Haute Autorité de santé et la DREES.

Maître d'œuvre : l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), et plus précisément le Centre de recherche, médecine, sciences et santé (unité mixte INSERM-CNRS), avec la participation du Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA). Les fédérations hospitalières [5], l'Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM) et le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) participent à son pilotage. Outre les fédérations hospitalières et les représentants d'association d'usagers, l'Assurance maladie et la Conférence des directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation soutiennent désormais COMPAQH et participent au comité de pilotage.

Rapport : les premières conclusions sont disponibles sur http://ifr69.vjf.inserm.fr, « Rubriques à consulter – Liens utiles », « Projet COMPAQH » et http://www.sante.gouv.fr, « Thèmes - Accès à tous les dossiers », « COMPAQH ».

**COordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière.*

>> Différence de qualité. Score de conformité de

Les dix items

- Compte-rendu opératoire présent
- Compte-rendu d'accouchement présent
- Dossier anesthésique présent
- Dossier transfusionnel présent
- Ordonnance établie le jour de la sortie du patient
- Double du compte-rendu d'hospitalisation ou du courrier de sortie présent
- Documents médicaux relatifs à l'admission présents
- Nature des soins et conclusions de l'examen médical d'entrée notées
- Dossier organisé et classé
- Chacune des prescriptions thérapeutiques conforme

Les résultats sont exprimés de la manière suivante :

- un établissement est représenté par une ligne horizontale. La zone bleue constitue l'intervalle de confiance à 90 %. La zone noire élargit l'intervalle de confiance à 99 % ;
- la barre verticale rouge exprime la moyenne générale des établissements (ici 73 %).

six ont été lancés aux tests (avril 2006). Six se sont heurtés à des problèmes de conception majeurs non résolus au cours de la période. Des résultats sont exprimés pour vingt-huit d'entre eux.

>> Recommandations de généralisation

La généralisation d'indicateurs à l'ensemble des établissements de santé français s'envisage dans ce cadre. COMPAQH participe à l'expertise collective développée autour des cinq indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales. Des recommandations de généralisation ont par ailleurs été émises pour sept indicateurs : tenue du dossier du patient, tenue du dossier anesthésique, conformité du délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation, dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte, traçabilité de la douleur, infarctus du myocarde à la phase aiguë [7], satisfaction des patients.
D'autres recommandations sont susceptibles d'être émises parmi les indicateurs actuellement en test. Elles renvoient à des modes de généralisation engagés par la DHOS, la HAS et la DREES [8].

>> Différences de qualité entre les établissements

Les comparaisons interétablissements établies en 2004 et 2005 convergent vers le même constat : des différences de qualité sont observées entre les établissements participants. En témoigne le résultat relatif à l'évaluation de la tenue et du contenu du dossier du patient (graphique). Ce constat est à replacer dans le contexte du projet : établissements volontaires, indicateurs évaluant des thèmes souvent déjà connus et travaillés, ce qui suggère une variabilité plus importante à l'échelon national. Les résultats montrent par ailleurs des gains d'amélioration par rapport à des niveaux de performance de référence, lorsque ces derniers sont exprimés.

Questions

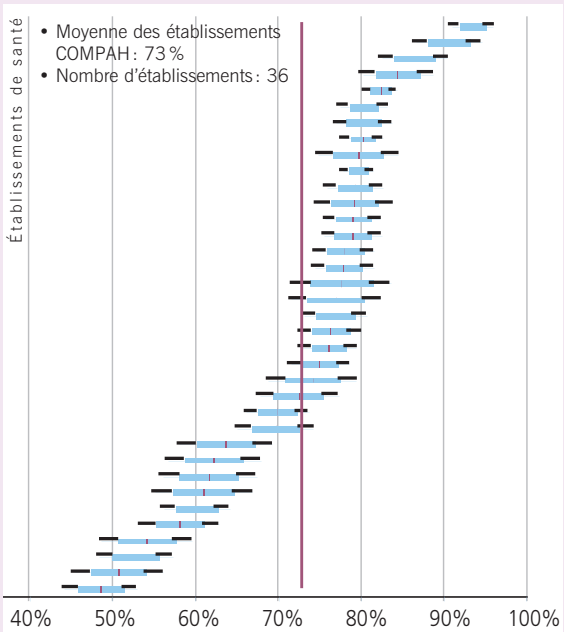
En regard, des questions sont également apparues au cours de la même période. Deux s'expriment peut-être avec plus d'intensité.

>> Comment développer une recherche opérationnelle ?

Par nature, le projet COMPAQH correspond à une recherche opérationnelle. Son ambition est de produire des connaissances socialement « utiles ». Ce type de recherche se situe néanmoins sur le double registre de production académique en termes de publication, et de la production de résultats tangibles pour les administrations publiques qui soutiennent financièrement le projet. De

2. Identification de catégories de problème de faisabilité.
3. Tests de reproductibilité, tests de fiabilité, méthodes d'ajustement pour évaluer la qualité métrologique.
4. Seize établissements publics, douze privés à but lucratif et huit privés participant au service public.
5. Fédération hospitalière de France (FHF), Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée (FEHAP), Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC), Fédération nationale de la mutualité française (FNMF).
6. http://ifr69.vjf.inserm.fr, « Rubriques à consulter – Liens utiles », « Projet COMPAQH ».
7. Dans le cas d'infarctus du myocarde, il faut comprendre sous le terme générique d'indicateur une batterie de six indicateurs relatifs à des points-clés de la prise en charge hospitalière à la phase aiguë.
8. Pour la DREES : satisfaction des patients. Pour la DHOS : tableau de bord des infections nosocomiales. Pour la HAS : tenue du dossier du patient, tenue du dossier anesthésique, conformité du délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation, dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte, traçabilité de la douleur, infarctus du myocarde à la phase aiguë.

la tenue et du contenu du dossier du patient hospitalisé (10 items)



Les trente-six établissements sont positionnés par rapport à la moyenne générale.

La notion de « différence de qualité » se comprend de deux manières. Au niveau de cet indicateur de type « score multi-item » (en l'occurrence dix), elle s'exprime d'abord comme la variabilité des résultats entre les trente-six établissements participants. Prenons l'établissement en haut à droite du graphique. La zone noire inférieure de sa ligne ne touche pas la moyenne générale. Il existe donc 99 % de chances que le résultat de cet établissement se situe au-dessus de la moyenne générale. C'est évidemment un élément en faveur de l'établissement.
Une seconde manière d'interpréter la notion de « différence de qualité » est de considérer l'écart entre la moyenne observée au sein des établissements et une norme de référence. Reprenons à titre d'exemple l'indicateur « tenue et contenu du dossier du patient » : la moyenne générale (moyenne des moyennes d'établissement) est de 73 %. Ce résultat est à considérer par rapport à une norme absolue. On peut l'estimer de l'ordre de 100 % en considérant que la plupart des items de conformité étudiés sont assis sur des critères réglementaires. Il existe donc un écart entre la moyenne observée et la valeur de référence.

>> Indicateurs testés

N°	Nom complet	MCO	CLCC	Psy	SSR
1	Conformité globale des dossiers des patients/ Conformité des dossiers anesthésiques	1	1	1	1
2	Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation	2	2	2	2
3	Dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte	3	3	3	3
4	Satisfaction du patient hospitalisé	4	4	4	4
5	Turnover	5	5	5	5
6	Indice composite d'évaluation des activités de lutte contre les infections nosocomiales	6	6	6	6
7	Accessibilité architecturale, ergonomique et informationnelle	7	7	7	7
8	Traitement des patients douloureux	8	8	-	8
9	Absentéisme de courte durée	9	9	8	9
10	Demandes d'examens d'imagerie avec renseignements cliniques suffisants et adaptés	10	10	-	-
11	Annulation d'actes ambulatoires réalisés sous anesthésie	11	11	-	-
12	Respect des bonnes pratiques cliniques en gynécologie-cancérologie : chirurgie des lésions mammaires	12	12	-	-
13	Respect des bonnes pratiques cliniques en urologie : bilan préthérapeutique du cancer de la prostate	13	13	-	-
14	Taux d'infections du site opératoire	14	14	-	-
15	Volume annuel de produits hydroalcooliques (gels et solutions) par journée/patient	15	15	9	10
16	Consommation des antibiotiques pour 1 000 journées/patient	16	16	10	11
17	Taux de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) pour 1 000 journées/patient	17	17	11	12
18	Mortalité hospitalière dans les groupes homogènes de malades à faible taux de mortalité	18	18	-	-
19	Traçabilité de l'évaluation de la douleur	19	19	-	13
20	Éducation thérapeutique	20	-	12	14
21	Durée d'attente aux urgences	21	-	-	-
22	Situation clinique exemplaire en cardiologie : prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë	22	-	-	-
23	Situation clinique exemplaire en neurologie : prise en charge hospitalière initiale de l'accident vasculaire cérébral	23	-	-	-
24	Respect des bonnes pratiques cliniques en obstétrique : césariennes	24	-	-	-
25	Usure psychologique du personnel/culture d'équipe	25	20	-	-
26	Durée d'attente en consultation externe	-	21	-	-
27	Délai de rendez-vous pour une consultation externe	-	22	-	-
28	Délai de rendez-vous pour une consultation en centre médico psychologique (CMP)	-	-	13	-
29	Réunion de concertation pluridisciplinaire	-	23	-	-
30	Respect des bonnes pratiques cliniques en cancérologie : prise en charge des effets secondaires des traitements	-	24	-	-
31	Respect des bonnes pratiques cliniques en gastro-entérologie : cancer du côlon	-	25	-	-
32	Prise en charge sociale	-	-	14	15
33	Attente avant admission dans l'établissement	-	-	15	16
34	Actes de violence en psychiatrie	-	-	16	-
35	Respect des bonnes pratiques cliniques : sevrage du patient alcoolo dépendant	-	-	17	-
36	Respect des bonnes pratiques cliniques : traitement par électro-convulsivothérapie	-	-	18	-
37	Respect des bonnes pratiques cliniques : prise en charge des suicidants	-	-	19	-
38	Coordination de la prise en charge	-	-	20	-
39	Situation clinique exemplaire : suivi du diabète de type 2	-	-	-	17
40	Respect des bonnes pratiques cliniques : utilisation des chambres d'isolement	-	-	21	-
41	Chutes des patients hospitalisés	-	-	-	18
42	Respect des bonnes pratiques cliniques : prise en charge et prévention des escarres	-	-	-	19

NDLR : vingt-cinq indicateurs en MCO, vingt-cinq en CLCC, vingt et un en psy, et dix-neuf en SSR. Certains indicateurs sont présents dans plusieurs spécialités.

fait, de nombreuses interrogations subsistent : le caractère compatible des temporalités de la recherche et de la demande des administrations publiques, les difficultés de valorisation des travaux sur le plan académique, les besoins de flexibilité dans le management du projet peu compatibles avec les contraintes administratives… Ces interrogations ne sont pas propres à COMPAQH. Des initiatives similaires menées en France y ont été confrontées. Elles posent la question des conditions de leur développement dans un contexte où, si le besoin de ce type de recherche est reconnu, les incitations à leur mise en œuvre ne sont pas clairement établies. Dans ce domaine, les pays anglo-saxons ont largement avancé ces dernières années.

>> Quelle utilisation des indicateurs ?

Plus que des outils, ce sont des logiques d'action qui s'envisagent : aide au pilotage de la qualité au sein des établissements, développements d'incitations à l'amélioration de la qualité par la diffusion publique des résultats ou économique, notamment. Au-delà de la validation des outils de mesure, mieux comprendre ces logiques constitue un impératif si l'on veut développer des actions cohérentes en matière de régulation de la qualité. Ce constat représente le point de départ de la seconde phase du projet COMPAQH.

Perspectives

Le programme COMPAQH est reconduit jusqu'en mars 2009. Objectif principal : poursuivre les tests de nouveaux indicateurs afin qu'ils deviennent généralisables par les pouvoirs publics ; c'est leur vocation première. Durant cette période, un thème comme la iatrogénie hospitalière verra peut-être son importance croître. L'effort de recherche va par ailleurs s'intensifier sur la compréhension des modes d'utilisation de ces indicateurs. Trois sont envisagés : leur emploi au sein des établissements à des fins de pilotage de la qualité ; la diffusion publique de l'information, par l'intermédiaire des classements ; l'incitation économique fondée sur les résultats de ces mesures.

La DHOS reste le financeur principal du programme. La HAS maintient également son soutien. La Drees s'engage financièrement. Outre les fédérations hospitalières et les représentants d'association d'usagers, l'Assurance maladie et la Conférence des directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation soutiennent désormais COMPAQH et participent au comité de pilotage.

>> Recomposition du panel des établissements

Le panel des établissements participants est recomposé, sur deux critères :

- **géographique :** chaque région est représentée par l'intermédiaire d'au moins un établissement ;
- **nature d'établissement :** chaque type de structure est représenté (CHU, cliniques de tailles différentes, établissements psychiatriques publics et privés, CH, hôpitaux locaux, établissements de soins de suite et de réadaptation, centres de lutte contre le cancer, etc.).

Les établissements qui le souhaitent peuvent participer aux tests comparatifs en tant qu'établissements associés.

L'ensemble de ces recherches concourt à deux objectifs : le développement d'indicateurs validés et l'appropriation de leurs modes d'utilisation. Aujourd'hui encore, les expressions telles que « financement de la qualité », « diffusion publique de l'information », « régulation de la qualité » demeurent sources d'interprétations multiples. Une meilleure compréhension des différences de qualité des soins entre établissements, et des facteurs susceptibles de les expliquer, est essentielle. Les enseignements du programme COMPAQH devraient ainsi aider pouvoirs publics et professionnels à réduire les inégalités de chances auxquelles sont confrontés les patients, et à optimiser le niveau de performance général des établissements de santé. ■

Nicolas BRUN
Chargé de mission santé à l'Union nationale des associations familiales (UNAF)
Président d'honneur du Collectif interassociatif sur la santé (CISS)

MOTS-CLÉS
qualité
performance
usagers

Quel rôle pour l'usager partenaire ?

Le rapport qu'entretiennent de nombreux usagers avec les professionnels et les structures de soins s'est transformé. Ils entendent faire valoir leurs droits, notamment celui d'être associés aux décisions qui les concernent au premier chef, puisqu'elles s'appliquent à leur santé. Parallèlement, l'hôpital a connu, dans son organisation et son fonctionnement, de profondes mutations. Comment interagissent ces deux évolutions ? Quel rôle pour l'usager partenaire dans le développement de la qualité et de la performance hospitalières ?

Jusqu'à une période assez récente, le public avait une conception approximative de la qualité de notre système de santé en général, et de la performance hospitalière en particulier. Nous avions l'un des meilleurs, si ce n'est le meilleur, systèmes au monde. Une organisation performante, des établissements de haut niveau, des professionnels qualifiés. Une chaîne de décision administrative et politique cohérente et sans faille. Une appréciation renforcée par la diffusion quasi quotidienne, lors de la grand-messe télévisée du 20 heures, des dernières innovations thérapeutiques et techniques. Ces progrès devraient nous conduire, à terme, à « mourir en bonne santé »…

La confiance envers notre système, les établissements hospitaliers et les professionnels de santé demeure. De nombreux sondages l'attestent. Cette représentation est cependant beaucoup moins idéalisée : la publicité qui entoure les « scandales sanitaires », la médiatisation des erreurs médicales, des infections nosocomiales ou iatrogènes, la multiplication des palmarès ont changé la donne. Aux yeux du public, l'hôpital n'apparaît plus si différent. À l'instar d'autres structures, il en existe de bons et d'autres qui le sont moins. Certains établissements sont de très grande qualité et d'autres, mieux vaut les éviter.

Certains regrettent cette évolution. Ils craignent que le niveau d'exigence de la population, vis-à-vis des établissements de santé et des professionnels, soit de plus en plus important et participe à la fameuse judiciarisation du système de santé. Ce risque peut exister. Mais il est beaucoup moins à craindre qu'un système qui demeurerait opaque, et qui refuserait de réfléchir à la qualité de ses performances et de ses prestations.

Nécessaire transparence

L'hôpital du XXIe siècle doit fermement s'orienter dans une démarche qualité, fondée sur l'évaluation de ses pratiques et le niveau de compétence des personnels qui y travaillent. En clair : vers une plus grande transparence et une amélioration de l'offre de soins, condition incontournable et résultat attendu

de toute démarche d'assurance qualité. Ce niveau d'exigence est attendu dans de nombreux secteurs. Peu de salariés, peu de prestataires de service ont aujourd'hui la possibilité de se soustraire à une évaluation, qu'elle émane de leurs responsables hiérarchiques, usagers ou clients. En réponse, le concept de formation tout au long de la vie s'est développé ces dernières années. Les procédures de certification se sont multipliées. Autant d'actions qui ne sont pas spécifiques au milieu hospitalier. L'hôpital doit s'en emparer, les inscrire parmi les fondamentaux de sa stratégie de développement.

Comment mettre en œuvre une telle politique ? Dans la plus grande transparence. L'objectif est que la connaissance du niveau de la qualité des prestations réalisées ne soit pas réservée aux seuls professionnels initiés. L'information doit être accessible à l'ensemble des professionnels (améliorer l'opérationnel) et aux usagers (éclairer leurs choix). Faute de quoi perdurera une situation d'inégalité. Certains professionnels et usagers continueront à avoir accès à l'information et s'orienteront parfaitement dans le système. La grande majorité des autres naviguera au gré du hasard, du bouche à oreille et du clientélisme ; entre de bonnes ou de mauvaises mains, au fil de structures plus ou moins qualifiées de prise en charge.

À cette culture du bouche à oreille et au classement médiatique à fort tirage de certains hebdomadaires, nous préférons la transparence objective. Cette information, à l'instar de ce qui se pratique dans certains pays étrangers, doit être librement accessible et compréhensible par tous.

Les objectifs ne sont pas de porter aux nues les meilleurs et de clouer au pilori les mauvais. Ils consistent à analyser d'une manière objective les points forts et les points faibles de chacun, et de permettre à tous d'atteindre un niveau de sécurité et de prise en charge satisfaisant. Ceci doit conduire à valoriser les bons et à faire évoluer positivement ceux qui le sont moins, à les faire réfléchir à leur organisation et à leurs pratiques professionnelles. Il s'agit aussi de donner les moyens aux uns et aux autres d'atteindre ces objectifs.

Quid d'un établissement ou d'un professionnel qui se montrerait rétif à ces évolutions ? Nous estimons qu'il serait toujours temps d'envisager des mesures plus contraignantes. Ce point est polémique et sujet à crispation, mais il doit être traité. Nous savons que la seule manière de faire évoluer les plus récalcitrants est d'envisager des sanctions graduées, tant en pratique libérale que salariée.

Ce niveau de transparence à atteindre doit être discuté et travaillé par l'ensemble des membres de la société : professionnels, financeurs, élus mais aussi usagers.

Critères d'évaluation

Depuis 1996, de nombreux textes abordent la performance hospitalière, l'accréditation des établissements et plus récemment la performance et l'accréditation des professionnels. Au cours de cette même période, palmarès et classements ont fleuri. Cette démarche a été, et est toujours, fortement critiquée par les acteurs concernés. Mais que nous propose-t-on à la place ? Ces palmarès et classements sont bien la seule information, dont nous, particuliers, disposons.

Références et procédures ont été mises en place afin de rendre plus concrète l'évaluation de la performance hospitalière. Des indicateurs d'activité et de performances apparaissent timidement. Ils devraient permettre une comparaison active entre établissements et services. Quant à la certification des structures sanitaires, elle ne porte plus seulement sur l'existence ou non de procédures, mais aussi sur la performance médicale.

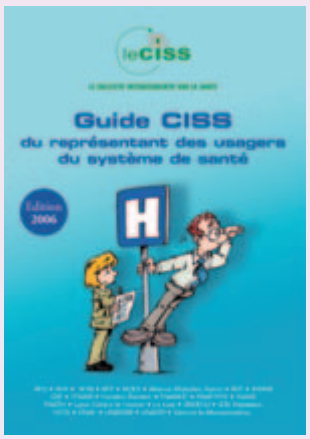
Participation

Tous ces éléments doivent être abordés avec les usagers, à travers la participation de leurs associations aux instances d'élaboration de ces indicateurs et référentiels. Surtout, l'accessibilité à ces informations est à définir avec elles.

La Haute Autorité de santé leur a entrouvert ses portes. Des groupes de travail, œuvrant notamment à l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques, leur sont désormais accessibles. La procédure de certification des établissements de santé prévoit que les

>> Guide CISS du représentant des usagers du système de santé

- Rôle et statut du représentant
- Droits des usagers
- Organisation sanitaire et configuration des établissements publics de santé
- Nouvelle organisation de la politique de santé publique



Dans le cadre de sa mission d'information et de formation des représentants des usagers du système de santé, le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) édite un guide, dont l'édition 2006 vient de paraître. Elle est disponible sur demande auprès du CISS (5, rue du Général-Bertrand – 75007 Paris – secretariat@leciss.org).

Ce guide comporte de nombreuses informations claires et pratiques sur les réformes hospitalières en cours et sur la façon dont les représentants des usagers peuvent exercer leur mission dans les instances où ils siègent, notamment au sein des établissements de santé.

experts-visiteurs rencontrent systématiquement les représentants des usagers, et que ces derniers soient au moins associés aux travaux sur certains référentiels [1].

Ces mêmes représentants participent à la commission des relations des usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) : la commission analyse les plaintes, réclamations et éloges émis par les usagers, mais aussi l'ensemble des outils permettant de mesurer leur satisfaction. La CRUQPC doit également être destinataire des rapports produits par les différentes sous-commissions de CME (comité de lutte contre les infections nosocomiales, comité liaison alimentation nutrition, comité de lutte contre la douleur…). Elle peut éventuellement émettre des recommandations visant à l'amélioration de la qualité de la prise en charge. Le progrès est sensible. Pourtant il arrive encore trop souvent que le représentant des usagers ne soit qu'un alibi complaisant, sans attache associative, parent d'un élu ou d'un membre du personnel de l'établissement…

Nouveaux venus dans le paysage, les réseaux témoignent d'une évolution culturelle positive. Certains ont associé des usagers ou les associations qui les représentent à l'élaboration de leur charte de qualité. Ils débattent régulièrement avec eux de la qualité de la prise en charge, de la cohérence des différentes interventions, de la pertinence des informations données.

Place et attentes

Tout ceci est un début, mais peut-on le considérer suffisant? Non, sans doute. Les usagers et leurs associations doivent être associés plus étroitement à ces démarches. Leur collaboration à la définition des référentiels est nécessaire.

Les associations, à travers le CISS notamment, estiment par exemple que la iatrogénie est un indicateur pertinent de la qualité des soins [2]. Les données s'y rapportant de manière plus générale [3], en ville ainsi que dans les établissements publics et privés, devraient être recueillies, analysées et publiées. Cette mesure constitue à nos yeux un indicateur puissant de non-qualité et, par là, un outil clé d'amélioration de la qualité.

LA SEULE QUESTION QUI PERMETTE D'AVANCER EST CELLE-CI : SI VOUS ÉTIEZ MALADE, IRIEZ-VOUS DANS VOTRE HÔPITAL?
IL EST TRES FORT!
CHEREAU

Une analyse des événements indésirables devrait par ailleurs être systématiquement réalisée, puis colligée et servir à la formation de l'ensemble des professionnels. L'accès à ces informations par les usagers ou leurs associations constituerait un fort levier pour faire évoluer les pratiques.

Ces mêmes associations, en plus de l'intérêt qu'elles portent, dans le cadre de la certification des établissements, à l'information, à l'évaluation de la satisfaction ou encore au respect des droits des malades, souhaiteraient intervenir dans les réflexions concernant le recueil des données de ces événements indésirables, mais aussi dans la formation des équipes, la gestion du risque infectieux, la prise en charge de la douleur, etc.

Établissements et professionnels de santé ne doivent pas craindre la collaboration des usagers. Gage d'une procédure continuelle d'amélioration de la qualité de la prise en charge, elle correspond aux attentes et aux besoins de la population. Notre système de santé est de plus en plus complexe. Un risque majeur d'inégalités apparaît entre ceux qui connaissent tout ou partie de cette organisation et les autres. Le système de santé doit aider les usagers à s'orienter. Il le fera en leur apportant, notamment, des éléments précis sur l'évaluation (qualitative et quantitative) des pratiques professionnelles et institutionnelles. ■

1. Référence 2 sur la place du patient dans la stratégie de l'établissement; référence 26 sur les droits des patients; référence 31 sur l'information du patient; référence 51 sur l'évaluation de la satisfaction du patient.

2. NDLR: dans la dernière page de son article consacré à COMPAQH (p. 19 de ce numéro), Étienne Minvielle évoque l'importance de ce thème.

3. Iatrogénie médicamenteuse, infections nosocomiales, réinterventions ou reprises chirurgicales, retard au diagnostic, erreurs de prescription ou d'orientation des patients, négligences ou erreurs médicales, etc.

Jean-Claude DEFORGES
Directeur de la qualité et de la gestion des risques
Assistance publique-Hôpitaux de Marseille

MOTS-CLÉS
qualité
sécurité - gestion des risques
projet d'établissement
patient
accréditation
AP-HM

Émergence d'une culture commune

Assistance publique-Hôpitaux de Marseille

Le patient, considéré comme co-acteur de son parcours de soins, est au centre du projet d'établissement de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille. Un projet qui s'appuie sur deux grands axes : qualité et sécurité. En peu d'années et avec des moyens modiques, l'AP-HM s'est dotée d'une organisation qui fait de la qualité un outil capable d'impacter fortement les choix stratégiques, d'aborder sans retard la V2 de l'accréditation et d'améliorer très sensiblement la qualité des soins.

« Une ambition pour l'avenir » : le sous-titre du projet d'établissement 2004-2009 de l'AP-HM est aussi un contrat. L'introduction le stipule clairement. Qualité et sécurité constituent ses deux axes transversaux. Incontournables. Quant au patient, le même projet explicite plus loin le rôle qui doit être le sien : « *Développer une culture qualité [qui] doit conduire chacun des acteurs à considérer le patient non comme "objet de soins" mais comme "sujet pensant" co-acteur de son projet de soins.* »

Antérieurement, de nombreuses démarches institutionnelles ou ponctuelles ont été entreprises, procédant soit de mises en conformité réglementaires, soit d'initiatives isolées [1]. L'accréditation était débutante, un comité de pilotage central de la qualité avait été créé, coordonnant les travaux des référents centraux et des commissions qualité des sites. La gestion des risques, bénéficiant d'une volonté forte du corps médical, ne disposait toutefois d'aucune organisation ni d'aucun moyen.

La direction de la qualité et de la gestion de risques (DQGR), créée en 2003, a été chargée de conduire la procédure d'accréditation des quatre sites de l'institution dans la version 1 du manuel ANAES (aujourd'hui HAS). La forte dispersion des actions menées et leur redondance ont rendu nécessaire la mise en synergie de l'existant. Il a fallu définir des objectifs d'amélioration de la qualité, structurer et professionnaliser les structures existantes, standardiser les méthodes et les outils, organiser l'évaluation (évaluation des pratiques professionnelles, audit, indicateurs de performance…) et intéresser les cliniciens.

Mise en œuvre d'une gestion des risques

La gestion des risques a été organisée par décision du 28 septembre 2004, co-signée par le président de la CME et le directeur général. Un comité institutionnel de gestion des risques (CIGR) définit la politique de gestion des risques, en valide le programme, veille à sa cohérence avec les différents projets institutionnels. Le CIGR dispose d'une cellule centrale d'analyse des risques composée d'un bureau permanent et d'une commission multidisciplinaire. Une cellule locale

existe sur chaque site. Elle anime l'action menée sur le terrain et transmet aux instances centrales les informations nécessaires. Un plan de formation spécifique assure la professionnalisation de l'ensemble des intervenants dans l'organisation de la gestion des risques.

Une fiche de signalement des événements indésirables est diffusée à l'ensemble des structures et des professionnels de santé de l'institution. Le regroupement et le traitement statistique de ces fiches permet de « faire émerger » des thématiques de gestion des risques, puis de les intégrer dans le programme de prévention.

Entre fin 2003 (vote du projet d'établissement) et 2006, l'établissement a conduit l'accréditation de ses quatre sites [2], rattrapant largement le retard d'entrée dans la démarche. La certification a incontestablement permis d'améliorer le niveau global de qualité. Elle a également favorisé l'émergence d'une culture commune et d'un langage commun intersites. Cette démarche a mobilisé directement plus de cinq cents professionnels.

Parallèlement, la direction de la qualité et de la gestion des risques a proposé une stratégie répondant aux nécessités suivantes : maintenir la mobilisation des équipes au-delà de la procédure d'accréditation, préparer l'entrée dans la V2 et entretenir une « dynamique » autour de la culture qualité.

Professionnalisation des structures

Une réunion informelle organisée en mai 2005 a mis en contact tous les professionnels engagés dans des démarches qualité et/ou connus pour leur implication principalement au travers de l'accréditation. But de cette rencontre ? Se connaître, échanger, mutualiser, éventuellement orienter des actions qualité, dynamiser l'ensemble des acteurs.

Cette réunion a mis en évidence de nombreuses démarches ponctuelles ou institutionnelles. Elle a révélé l'existence d'un réseau de personnes ressources, en centrale et sur sites. La forte dispersion des initiatives et les redondances constatées ont conduit à une mise en synergie. La DQGR a proposé une stratégie déclinée en cinq volets :

- **définir** des objectifs d'amélioration de la qualité (mise en place d'outils de pilotage) ;
- **structurer** (professionnaliser les structures existantes) ;
- **standardiser** les méthodes et les outils ;
- **organiser** l'évaluation conformément aux orientations du chapitre IV de la V2 de l'accréditation (évaluation des pratiques professionnelles, audit, indicateurs) ;
- **intéresser** les cliniciens.

Pragmatisme et simplicité ont guidé la démarche proposée

Contribuer à l'amélioration du fonctionnement de l'hôpital et optimiser l'utilisation des ressources, impulser de nouvelles démarches pour toutes les activités, se préparer aux exigences de la version 2 de la certification, disposer d'un cadre global de management par la qualité : autant d'objectifs qui ont inspiré la décision du directeur général [3] qui organise ce que nous avons appelé la « gouvernance de la qualité ». Cette décision est une application de l'ordonnance du 2 mai 2005 donnant compétence au conseil d'administration pour délibérer sur « la politique d'amélioration continue de la qualité ».

Gouvernance de la qualité

La gouvernance de la qualité à l'AP-HM est intégrée. Son pilotage est assuré par un médecin référent désigné par la CME, la coordinatrice générale des soins et le directeur de la qualité et de la gestion des risques. Les orientations prises par la gouvernance ainsi constituée restent en cohérence institutionnelle. Elles résultent en effet du projet d'établissement, sont prises en relation avec les structures transversales et les instances délibérantes. Elles sont dans tous les cas validées par le comité de pilotage central de la qualité. La direction de la qualité est en outre rattachée à la direction de la stratégie.

La démarche est organisée autour de thèmes. Tous les sujets concernent la vie de l'institution et comportent une procédure, une norme, un référentiel. La gouvernance de la qualité propose les thématiques institutionnelles prioritaires. La gouvernance désigne les administrateurs de thème, présente la politique d'amélioration continue de la qualité aux instances après validation par le comité de pilotage central. Elle met en œuvre la politique qualité (réalisation des évaluations et des audits, analyse des résultats, mise en œuvre des actions correctrices). Elle garantit la formation des acteurs, met en œuvre et assure l'adaptation du logiciel qualité, gère l'audit interne, évalue la politique qualité.

Officialisation du « club qualité »

Trois innovations ont été apportées par la décision du 22 novembre 2005 :

- **création des administrateurs de thèmes** ;
- **création de l'audit interne** ;
- **officialisation du « club qualité »**.

L'administrateur de thème est en règle générale médecin. Il est entouré d'un groupe de professionnels reflétant les divers métiers de l'hôpital. Ce groupe recueille par thématique les éléments

1. Guide de bonne exécution des analyses de biologie médicale (GBEA), analyse des dangers et maîtrise des points critiques (HACCP), élaboration de normes internationales (ISO).

2. Sainte-Marguerite, Conception, Hôpital-Nord et Timone.

3. Décision n° 460-2005, 22 novembre 2005.

documentaires, élabore ou réunit la référence, détermine les exigences de « standard qualité » du thème. Il élabore la grille d'audit.
Parallèlement, l'AP-HM s'est dotée d'un audit interne. Choisis sur la base du volontariat, des professionnels recrutés principalement parmi les artisans de l'accréditation ont été formés à l'audit. Une charte a été adoptée (encadré ci-dessous). L'adoption d'un programme annuel d'audit fait partie des objectifs 2007 de la direction de la qualité et de la gestion des risques.
L'ensemble de la démarche est soutenu par la mise à disposition des acteurs d'un logiciel en partie conçu par la DQGR. Il permet pour chaque démarche de disposer de la « bibliothèque » nécessaire, de la grille d'audit spécifique, d'un module statistique qui permet d'analyser les non-conformités et facilite l'édition des plans d'actions correctives correspondants.
Plusieurs thèmes ont été retenus. Notons les journées d'hospitalisation non pertinentes, la iatrogénie médicamenteuse, la programmation des blocs opératoires, l'accueil, la non-réponse aux courriers et les relations professionnelles amont/aval.
Les critères de choix thématiques sont les suivants :

- sujets intégrateurs facilitant l'approche multiprofessionnelle ;
- sujets concrets ;
- sujets larges, susceptibles par leur propre résolution d'améliorer le règlement de problématiques collatérales ;
- sujets à incidence médico-économique (amélioration des soins et des équilibres financiers) ;
- sujets identifiés à l'issue de l'analyse des fiches de déclaration des événements indésirables ;
- sujets identifiés comme prioritaires par la CME, la direction générale ou la HAS.

Les groupes « administrateurs de thème » sont en cours de constitution. Certains sont déjà assez avancés dans leur approche. Une fiche de « conduite de projet » a été élaborée et mise à la disposition des administrateurs de thème. À chaque étape, les travaux sont soumis à la « gouvernance de qualité » qui veille à leur cohérence et à la faisabilité des orientations préconisées.
La décision n° 460-2005 prévoit l'attribution à la DQGR d'un budget spécifique affecté à la certification et la mise en œuvre du programme d'amélioration continue de la qualité.
Structure ouverte et non hiérarchique, le « club qualité » poursuit son rôle de mise en relation des professionnels dans une perspective d'animation, d'échange et de mutualisation favorisant le développement de la culture qualité et le décloisonnement des acteurs. Sa présidence est assurée par un médecin désigné par la CME. ■

Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

Charte de l'Audit Interne de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille

1/ Ont la qualité d'auditeur interne, les professionnels de l'établissement volontaires qui ont suivi la formation spécifique organisée par l'AP-HM et les sessions de maintien à jour des connaissances. Ils figurent sur une liste arrêtée par le Directeur général. Cette liste est révisée annuellement.

2/ Les auditeurs internes sont appelés, sur demande de la Délégation à la Qualité et à la Gestion des Risques, à réaliser des missions d'audit, dans la limite de deux missions par an au minimum et de quatre au maximum.

3/ Les missions d'audit sont effectuées sur le temps de travail et ne font pas l'objet de rémunération supplémentaire. Le dépassement éventuel des horaires de travail, attesté par la DQGR, donne lieu à récupération sur présentation d'un justificatif. Les auditeurs bénéficient de décharge de service.

4/ Sous réserve du respect des obligations déontologiques, les auditeurs ont accès dans le cadre de leur mission à l'ensemble des documents, locaux et installations. Ils portent un badge spécifique.

5/ Les auditeurs Internes bénéficient d'une formation à l'utilisation du logiciel "Qualité" et disposent des droits d'accès correspondants.

6/ Les missions de l'auditeur, formalisées par une lettre de mission, sont préparées par la DQGR en concertation avec l'audité et l'auditeur. L'équipe d'auditeurs se compose au minimum de deux personnes.

7/ La DQGR détermine le thème de l'audit, valide la grille d'Audit correspondante, fixe la composition de la mission et sa durée prévisionnelle. Elle s'assure de la disponibilité de l'auditeur auprès du service d'origine.

8/ A l'issue de l'audit, la DQGR reçoit communication du rapport, dans un délai maximum de deux mois.

9/ Les auditeurs internes sont soumis à l'obligation de discrétion professionnelle, et au respect de la déontologie propre à l'audit interne. Les faits relevés au cours de l'audit ne sont révélés qu'au seul audité, leur divulgation est laissée à la discrétion de l'audité et de lui seul. Cette disposition ne fait pas obstacle aux obligations de signalement qui s'imposent en cas de constat de manquement aux obligations légales et réglementaires.

10/ La qualité d'auditeur se perd par démission ou radiation pour manquement grave aux obligations de l'auditeur. La démission est obtenue sur demande transmise à la DQGR, elle est acquise dans le délai de deux mois suivant la date d'envoi de la lettre de démission. La radiation est proposée au Directeur Général, elle est notifiée à l'auditeur.

La présente charte sera soumise à révision, dans un délai de deux ans, à compter de son adoption.

L'Auditeur

Le Directeur Général de l'AP-HM

Valérie SALOMON
Pharmacien praticien hospitalier
Jean-Marc NADAL
Médecin praticien hospitalier

Ministère de la Santé
Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Bureau qualité et sécurité
des soins

MOTS-CLÉS
Icalin
indicateurs
qualité
soins

Icalin et les indicateurs de qualité des soins

Produire et diffuser des indicateurs de qualité relève, pour les pouvoirs publics, d'une démarche à la fois scientifique et pragmatique : il s'agit de transmettre des informations sur la qualité du système de santé pertinentes, valides, de compréhension facile mais non simplistes. En février 2006 a eu lieu la première diffusion d'un indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (Icalin). Lui sera associée, prochainement, la mise en ligne d'une plateforme Internet présentant les données issues du PMSI et de la SAE 2004. Cette diffusion, nationale et publique, répond au souci d'une transparence accrue.

Une entreprise de généralisation d'indicateurs de mesure de la qualité est en marche. Elle s'effectue dans une logique de partage des informations et de cohérence des démarches institutionnelles portées par le ministère (Dhos, Drees) et la HAS. Certains indicateurs sont issus du programme COMPAQH ou ont été validés grâce à ce programme, comme l'indicateur Icalin. La généralisation de leur recueil à l'ensemble des établissements est en construction avec un double objectif : permettre une information objective des usagers, stimuler et améliorer la qualité.

Les indicateurs rapidement généralisables concernent la qualité des pratiques. Ils sont pour le moment issus des dossiers patients. Les conditions de faisabilité et la mise en place d'un système d'information permettant une collecte pérenne et automatisée au sein des établissements, sans redondance avec les circuits d'information existants, sont en cours d'étude.

Une plateforme Internet relative aux indicateurs de mesure de la qualité dans les établissements de santé diffusera des données issues du PMSI et de la statistique annuelle des établissements (SAE) 2004. Développée par la DREES et la DHOS, accessible au public, elle présentera les équipements et l'activité des établissements : volume d'actes, durée moyenne de séjour et âge moyen des patients pour certaines pathologies « traceuses », taux d'actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire, ainsi que le score Icalin 2004, la date et les résultats de la certification de l'établissement.

>> Nouvelle phase du projet COMPAQH (2006-2009)

Dans sa première phase, le projet COMPAQH (Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière) a déjà permis de sélectionner une batterie de quarante-deux indicateurs de qualité des soins à l'hôpital, de tester leur qualité métrologique et d'établir une comparaison interhospitalière sur les trente-six établissements publics et privés volontaires participants.

La seconde phase consolidera la démarche d'expérimentation. Elle approfondira l'usage qui peut être fait des indicateurs pour améliorer la qualité des soins (outils de pilotage interne et externe, utilisation dans la procédure de certification, recherche exploratoire sur les incitations financières à l'amélioration de la qualité).

Certains indicateurs sont potentiellement généralisables à l'ensemble des établissements, en particulier ceux issus des dossiers patients : tenue du dossier, conformité du délai d'envoi des courriers en fin d'hospitalisation, traçabilité de la douleur et dépistage des troubles nutritionnels.

>> Les grandes étapes de la démarche institutionnelle sur les infections nosocomiales

- **Expertise** pilotée par l'Institut de veille sanitaire reposant sur une méthode organisée de consultation d'experts pour des propositions d'indicateurs en nombre limité, explicites et faciles à suivre.
- **Inscription des indicateurs dans un programme national** 2005-2008, avec un but affiché (transparence et amélioration de la qualité des soins) et des objectifs quantifiés (généralisables en 2008).
- **Réalisation d'un test de faisabilité** dans le cadre d'un projet de recherche national (COMPAQH).
- **Travail sur l'analyse des résultats et les modalités d'interprétation des données** à l'attention des professionnels et des usagers, dans le cadre d'un groupe de travail spécifique du comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins.
- **Actions d'accompagnement et d'information** auprès des établissements et des acteurs institutionnels au sens large (fédérations hospitalières et conférences *via* le groupe de pilotage du programme national, ARH, directions régionales des affaires sanitaires et sociales, médecins inspecteurs régionaux, référents régionaux des DRASS…).
- **Outils de communication spécialement développés** : documents pédagogiques de type « questions/réponses », site Internet, cartographie, plateforme téléphonique « info'ministère » pour les usagers et *hot line* spécifique sur le bilan d'activités des établissements de santé.
- **Validation des données** par les DDASS et DRASS.

Outil de pilotage

La politique de lutte contre les infections nosocomiales repose sur un dispositif structuré depuis plusieurs années. Les représentants des usagers participent aux différents échelons, du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) de l'établissement aux instances nationales d'expertise et de pilotage. Ce dispositif, associé à une forte impulsion du ministère, a permis en février 2006 la première diffusion publique d'un Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (Icalin - données 2004). Son impact national et régional a été conséquent.

Icalin est en effet le premier indicateur du tableau de bord des infections nosocomiales qui présentera en 2008 les résultats de plusieurs indicateurs, dans un double souci d'amélioration des pratiques et de transparence. Objectifs : rendre plus explicite les progrès accomplis et ceux à réaliser, mais aussi disposer d'un véritable instrument de pilotage établissements-ARH/DRASS-ministère.

Outil de pilotage des établissements, il est envisagé qu'Icalin figure parmi les indicateurs des contrats État-ARH en cours d'élaboration. Inscrit dans le programme de qualité et d'efficience de l'assurance maladie, il devrait à terme être inclus dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés entre les ARH et les établissements de santé. Le ministre, très engagé sur ce terrain, a exprimé une volonté forte d'amélioration de l'indice. En effet, Icalin est construit avec trente et un critères du bilan standardisé des activités de lutte contre les infections, bilan que chaque établissement de santé doit établir annuellement. Les résultats de mêmes catégories sont traduits en cinq classes de performance de A (établissements les plus en avance), à E (ceux les plus en retard sur leur mise en place d'un dispositif de prévention). L'exhaustivité dans le recueil des bilans et une diminution du nombre d'établissements en classe « E » font partie des cibles pour Icalin 2005.

Les régions ARH et DRASS accompagnent cette volonté par différentes actions : collectives (courriers d'incitation, réunions, organisation de formations en lien avec les antennes régionales des centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN)) et individuelles (visites, entretiens téléphoniques de sensibilisation, aide à la définition de programmes opérationnels). L'accompagnement porte aussi sur des incitations à la mise en place de conventions interétablissements (création d'équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière, d'antennes régionales) et sur des projets d'inscription dans les CPOM.

Contrôle de gestion

La démarche française d'amélioration de la qualité en santé se construit progressivement. L'utilisation d'indicateurs est un des outils d'incitation des établissements et des professionnels. Son but est d'ancrer les bonnes pratiques dans les organisations, au même titre que la certification des établissements de santé, l'élaboration et la diffusion de référentiels de bonnes pratiques, l'évaluation des pratiques professionnelles, la formation médicale continue, les accords-cadres d'amélioration des pratiques hospitalières.

Cette démarche essentiellement incitative ne vise pas à sanctionner en première intention. Elle se rapproche d'une tendance observée dans les pays comparables à la France : modifier les pratiques en profondeur, dans le souci de garantir l'élévation pérenne du niveau de qualité des établissements.

À moyen et plus long termes, d'autres buts seront poursuivis : mesure de résultats dans le cadre de la contractualisation interne et externe ; appui à la procédure de certification ; suivi de la qualité des pratiques et valorisation au travers de la T2A et du financement de la qualité. Enfin, et au-delà du développement de ces tableaux de bord, il s'agira de construire les modalités de mise en place d'un contrôle de gestion reposant sur le partage d'information, la définition de mesures à visée stratégique et opérationnelle, l'articulation entre mesure et action corrective.

La racine commune à toutes ces actions est le développement d'une culture « qualité », tant il est vrai qu'il existe un lien fort entre qualité de gestion, capacité à réussir une démarche de certification et à engager l'établissement dans l'évaluation des pratiques. Mieux encore : les établissements qui assurent l'interaction entre ces processus en comprennent le sens global, convergent. Ils y puisent de forts motifs de dynamisme. ■

Frédéric Bousquet
Responsable du service IPAQH [1]

Philippe Burnel
Directeur de l'accréditation
Haute Autorité de santé

MOTS-CLÉS
indicateurs
certification
mesure de performance
amélioration de la qualité
système d'information

Indicateurs et certification

Nouvelle donne pour la troisième version

Les indicateurs s'imposent dans un grand nombre de pays développés comme de nouveaux outils incontournables de l'amélioration de la qualité en santé. Relativement récent et assez spectaculaire, ce développement cherche à renforcer les méthodes plus traditionnelles (accréditation, recommandations de bonnes pratiques…) et à accroître la transparence du système de soins en matière de qualité. Les modalités d'utilisation de ces indicateurs sont diverses. Certaines, comme leur diffusion publique afin d'informer les usagers, font encore débat. En revanche, le consensus est fort sur leur utilité en matière de pilotage de la performance qualité au sein des établissements. La procédure de certification ne pouvait donc ignorer leur intérêt. La direction de l'accréditation de la Haute Autorité de santé étudie deux pistes: l'intégration des indicateurs comme éléments d'information supplémentaire et suivis dans le temps, et leur utilisation à des fins de reconfiguration de la procédure.

À l'échelle internationale, la dernière décennie a connu un engouement sans précédent pour le développement de mesure de la performance en santé, notamment en ce qui concerne la qualité des soins. Comment expliquer ce phénomène? Deux grands types de facteurs y président. Le premier est lié à un « portage » institutionnel fort, alliant en général l'administration aux professionnels de santé.
Même aux États-Unis où le système de santé présente une organisation très éclatée, l'administration fédérale, relayée par les centres Medicare et Medicaid [2] (CMS), et l'Académie de médecine [3] (IOM) ont été largement moteurs. Cette dernière a publié, depuis la fin des années 1990, une série d'ouvrages aujourd'hui très largement repris par la littérature scientifique. Compte tenu de l'état des connaissances actuelles, l'IOM estime qu'il existe un déficit important de la qualité des soins du système américain. Elle prône, entre autres mesures, le développement et le suivi d'indicateurs de performance destinés à améliorer la qualité et à renforcer la transparence du système.

1. Indicateurs de performances pour l'amélioration de la qualité hospitalière.
2. Centers for Medicare et Medicaid services (CMS).
3. Institute of Medecine (IOM).

En France, l'étude sur les événements indésirables ENEIS [4], réalisée par le Comité de coordination de l'évaluation clinique de la qualité en Aquitaine (CCECQA) en collaboration avec la Direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques (DREES), montre que sur ce plan, notre pays n'est ni moins bon ni meilleur que la plupart des pays occidentaux dans lesquels des études similaires ont été menées.

Le second type de facteurs expliquant cette évolution est d'ordre technique. Ces dernières années, les progrès méthodologiques en matière de définition des indicateurs ont été sensibles. Des éléments font consensus : le recours systématique à une médecine fondée sur les preuves pour définir les critères mesurés, l'implication des professionnels de santé et en particulier des sociétés savantes (très en amont), un temps de passage par le test et la validation des qualités des indicateurs. L'essor des technologies de l'information a joué un rôle tout aussi important.

L'exemple américain est le plus souvent cité. Mais l'Australie et un nombre croissant d'États d'Europe du Nord ont construit des systèmes similaires. Au-delà du rôle essentiel tenu par leurs administrations respectives, signalons l'implication des organismes accréditeurs. Depuis une quinzaine d'années, les grands organismes historiques de l'accréditation, américains (JCAHO [5]) et australiens (ACHS [6]), ont mis en place une collecte d'indicateurs dont l'utilisation est en cours d'évolution. Le canadien (CCHSA [7]) y travaille actuellement.

Renforcer la procédure

Autres pays, autres démarches : le Danemark a d'abord mis en place des systèmes d'indicateurs, avant de développer des procédures d'accréditation (ou systèmes proches) intégrant ces outils. De même pour la Grande-Bretagne où le National Health Service, en collaboration avec la Healthcare Commission, déploie un système associant « références » (au sens de l'accréditation) et indicateurs. Cette évolution n'est pas surprenante dans la mesure où l'accréditation, comme les systèmes d'indicateurs, poursuit un même objectif d'amélioration continue de la qualité. En France, la Haute Autorité de santé (HAS) a pris la mesure de l'intérêt d'une telle association.

Accrochage des indicateurs à la certification

La HAS considère que les indicateurs constituent un outil majeur des démarches d'amélioration de la qualité. Elle souhaite les introduire dans la procédure de certification des établissements de santé.

Cette démarche poursuit quatre objectifs :

- **renforcer l'effet incitatif de la démarche** en fournissant aux établissements de nouveaux outils fondés sur la mesure ;
- **étendre le champ de la certification** aux activités cliniques ;
- **optimiser et enrichir la procédure** ;
- **réduire les exigences exprimées** sous forme de règles ou normes au profit d'une approche centrée sur les résultats.

Mesurer la qualité a un impact direct sur le niveau de la qualité des soins. Les expériences mettent en évidence que le fait même de mesurer est très souvent le premier pas vers l'amélioration de la qualité. Dans ce cadre, l'objectif de la HAS est double :

- **instaurer une culture de la mesure** en disposant de données objectivables, en les suivant au moyen de tableaux de bord, en entrant dans la définition d'objectifs précis associée à l'évaluation régulière du niveau atteint : autant d'atouts à mettre au crédit des indicateurs, lesquels constituent également des outils de pilotage interne de la qualité ;
- **introduire des éléments de comparabilité** entre établissements dans la procédure de certification : l'idée n'est pas de chercher à classer, mais de faire naître un questionnement et de mettre en évidence le potentiel d'amélioration : pourquoi, dans mon établissement, seulement 63 % des dossiers patients sont complets, alors que la moyenne est de 73 %, et que 10 % des structures comparables en affichent 90 % ?

Le niveau atteint n'est pas le seul élément intéressant : l'analyse et le processus d'amélioration qui en résultent le sont aussi. La force des indicateurs est de dresser un constat simple et lisible. Les établissements ont la possibilité de se situer sur un thème donné par rapport à d'autres, de s'étalonner à l'égard d'une norme ou mesure antérieure. Les indicateurs joueront en cela un rôle de pérennisation des démarches qualité. Ils permettront aux structures de santé de réaliser un bilan régulier de leur situation.

Étendre le champ de la certification aux activités cliniques

Une des principales critiques adressées à la première version de l'accréditation était son manque d'attractivité pour le corps médical. L'introduction dans la deuxième version de trois références relatives à l'évaluation des pratiques professionnelles constitue un premier pas pour l'implication des médecins. Pour certains, cette méthode reste encore trop en décalage avec la pratique quotidienne et ne permet pas toujours d'en apprécier l'impact réel. L'introduction à terme d'indicateurs de respect des

recommandations des bonnes pratiques cliniques constituera une nouvelle évolution, allant dans le sens d'une plus forte « médicalisation » de la procédure. Il est d'ailleurs frappant de constater qu'une grande majorité des indicateurs de qualité qui font l'objet d'une validation scientifique dans la littérature internationale sont de fait des indicateurs de processus clinique.

Il ne faut cependant pas se tromper d'objectif. Il ne s'agira pas de juger des compétences de tel ou tel médecin, mais au contraire d'analyser à travers ces indicateurs le fonctionnement d'une organisation, impliquant les différents métiers en contact direct avec le patient.

Optimiser et enrichir la procédure

L'utilité des indicateurs dans la certification au regard de l'apport d'information qu'ils représentent est clairement définie. Ils pourront constituer une base à l'instauration d'un débat contradictoire entre un établissement et les experts visiteurs (EV) : comment analyse-t-il ses résultats, quelles sont les mesures prises en conséquence ? La manière dont se construira cette discussion n'est toutefois pas si évidente. Un temps d'apprentissage sera sans doute nécessaire aux uns et aux autres.

Les indicateurs devraient aussi permettre d'aller plus loin en termes de reconfiguration de la procédure. C'est une des réflexions que mène actuellement la direction de l'accréditation. S'ils apportent un regard plus directement « objectivable » que l'autoévaluation actuelle, ils devraient rendre possible d'orienter ou cibler la visite. Si un établissement montre un excellent taux de conformité des dossiers patients, faut-il que les experts-visiteurs continuent d'explorer ce champ pendant la visite ? À l'inverse, de mauvais résultats ne devraient-ils pas inciter les EV à travailler avec lui sur ce point ?

Cette formulation très grossière soulève la question de la complémentarité des regards qualitatifs des experts-visiteurs et quantitatifs des indicateurs. Jusqu'où ces derniers peuvent-ils se substituer au travail des EV ? Cette réflexion sera approfondie au cours de l'année 2007. L'objectif est toutefois très clair : s'appuyer sur les indicateurs comme moyen de simplification de la procédure, tant sur les aspects de l'autoévaluation que sur ceux du déroulement de la visite.

Développer une approche centrée sur les résultats

L'introduction des indicateurs s'inscrit plus globalement dans une refonte de la procédure à horizon 2009 en vue de la troisième version de la certification. Il s'agira alors de donner plus d'autonomie aux établissements en matière d'organisation pour satisfaire à la procédure, de réduire les exigences exprimées sous forme de règles ou de normes au profit d'une approche centrée sur les résultats.

Coopération et coordination

Dans le cadre de la certification, les indicateurs sont principalement envisagés comme des outils de pilotage de la qualité. D'autres modes d'utilisation se sont très largement développés. En témoignent de nombreuses expériences étrangères, où ils sont devenus des éléments centraux de l'information des usagers du système de soins.

La diffusion publique d'informations sur la qualité des établissements a fait l'objet d'importants travaux et publications. Leurs résultats sont paradoxaux : alors que la demande des usagers est forte, ces derniers utilisent finalement assez peu l'information mise à leur disposition afin de les aider à sélectionner les prestataires de soins. Des études récentes nuancent toutefois ce constat : elles montrent une réactivité plus marquée des usagers lorsque l'information est plus accessible. Une réaction des professionnels de santé apparaît par contre plus clairement. Elle est plus souvent attribuée à un effet de réputation qu'à une réelle modification de leur patientèle. La diffusion publique des indicateurs de qualité continue à faire débat. Certains mettent principalement en avant les risques d'effets non désirés - concentration de l'effort sur les données rendues publiques (effet tunnel), sélection des « bons » patients… D'autres insistent à l'inverse sur la nécessité d'une plus grande transparence du système et d'une responsabilisation des professionnels vis-à-vis de la collectivité. Ces derniers soulignent la nature incitative de la diffusion publique à l'amélioration de la qualité.

La Haute Autorité de santé a lancé une série d'études sur cette question et débuté une réflexion. Elle vise à éclairer les décisions qui pourraient être prises en matière de diffusion publique d'informations relatives à la qualité des établissements de santé.

D'autres formes d'utilisation des indicateurs apparaissent en matière de pilotage externe de la qualité par les pouvoirs publics. Il peut s'agir d'incitations financières sur le mode des expériences très récentes qui se développent aux États-Unis et en Grande-Bretagne. Mais on ne dispose pas aujourd'hui d'éléments évaluant l'effi-

4. Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins en établissements de santé.
5. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).
6. Australian Council on Healthcare Standards (ACHS).
7. Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA).

cacité de ce type d'incitations et les risques de génération d'effets indésirables : ces questions relèvent encore de la recherche.

Les débats qui se cristallisent autour d'elles montrent que différents types d'acteurs ont un intérêt, voire une légitimité, à recourir à ces outils. En témoignent les travaux mis en œuvre par différentes institutions. Une première étape a déjà été franchie avec la publication de l'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) par la DHOS. À court terme, d'autres indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales seront mis en œuvre (volume annuel de produits hydroalcooliques consommé pour l'hygiène des mains, surveillance du taux d'infection du site opératoire). D'ici la fin de l'année, le ministère diffusera sur le site PlatInES[8], des fiches descriptives par établissement constituées de données issues de la SAE et du PMSI.

À moyen terme, il s'agira de mettre en place un véritable système de mesure de la performance en matière de qualité des établissements de santé. Celui-ci répondra aux différents objectifs d'amélioration de la qualité, d'information du public et de pilotage institutionnel, tout en garantissant une cohérence d'ensemble et en évitant des collectes de données redondantes.

Ce souci de cohérence se traduit en premier lieu par la coopération entre le ministère et la HAS dans le cadre de l'expérimentation COMPAQH[9]. Il devra s'exprimer aussi par la mise en place d'un lieu de discussion et de concertation sur la généralisation de la collecte d'indicateurs, impliquant l'ensemble des partenaires concernés et portant à la fois sur la montée en charge du système et sur les modes d'utilisation des indicateurs.

Sur un plan opérationnel, cette volonté de coopération se concrétisera par un partage du pilotage du développement et de la collecte selon la nature des indicateurs. La DHOS continuera à gérer le tableau de bord des infections nosocomiales. La DREES pilotera la mise en œuvre de l'enquête sur la satisfaction des patients. La Haute Autorité mettra en place la collecte d'indicateurs dont les données sont issues du dossier du patient, et pour lesquels un système d'information *ad hoc* doit être créé.

Mise en œuvre progressive

L'expérimentation COMPAQH considère les éléments de preuve en matière de faisabilité et de qualités métrologiques suffisants pour quatorze indicateurs :

- ICALIN (nouvelle collecte),
- consommation de produits hydroalcooliques,
- mesure de la satisfaction des patients,
- conformité de la tenue du dossier du patient,
- délai d'envoi du courrier d'hospitalisation,
- conformité de la tenue du dossier anesthésique,
- traçabilité de la douleur,
- dépistage des troubles nutritionnels,
- six indicateurs de respect des bonnes pratiques pour la prise en charge de l'infarctus du myocarde.

S'il existe un système d'information permettant le recueil des indicateurs relatifs aux infections nosocomiales, il n'en va pas de même pour les autres. Un certain nombre demande d'aller chercher des informations contenues dans le dossier du patient.

La collecte des indicateurs nécessitera donc de mettre en œuvre deux grands chantiers : l'un consistera à développer les outils informatiques permettant de saisir et de transmettre les données, l'autre à former les établissements à la collecte. Sur le premier point, une coopération avec l'Agence technique de l'information hospitalière est envisagée. En ce qui concerne la formation des établissements, une montée en charge progressive est indispensable si l'on veut favoriser l'apprentissage des méthodes et l'appropriation des indicateurs. Le nombre d'indicateurs aura ensuite vocation à croître et à couvrir un champ plus large de l'activité hospitalière.

L'introduction des indicateurs dans la procédure de certification représente un tournant dans la démarche d'amélioration de la qualité. Elle réaffirme une volonté, déjà engagée dans la deuxième version, de développer une culture de la progression fondée sur l'évaluation des résultats atteints. Cette évolution devra se faire en instaurant de nouveaux modes d'accompagnement des établissements en matière d'amélioration continue de la qualité. Pour la HAS, c'est la perspective d'un vaste chantier qui s'ouvre pour les années 2007 et 2008. ■

8. Plate-forme d'information des établissements. Au moment où nous mettons sous presse, le site n'est pas encore accessible.

9. Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière, qui vise à définir et à tester la faisabilité et les qualités d'indicateurs de performance au sein d'un panel d'une quarantaine d'établissements.

Pascal GAREL
Pôle international, Fédération hospitalière de France
Fédération européenne des hôpitaux

MOTS-CLÉS
qualité
sécurité
performance
HCQI
PATH
MARQuIS
SIMPATIE

Projets européens et internationaux

Plusieurs projets européens et internationaux se déploient dans le champ de la qualité, de la sécurité du patient et de la performance. Ils ont en commun d'être portés par des structures mondialement connues, avec le soutien de leurs États membres et les ressources d'établissements de santé volontaires.

Indicateurs de la qualité des soins : projet HCQI (OCDE)

Lancé en 2001, le projet HCQI (*Health Care Quality Indicators Project*) de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé traite deux grandes questions : quels aspects de la qualité des soins convient-il d'évaluer et comment doivent-ils l'être ? L'objectif à long terme est d'élaborer un ensemble d'indicateurs qui rendent fidèlement compte de la qualité des soins de santé, se prêtant à des comparaisons fiables entre pays grâce à l'utilisation de données comparables. Le projet HCQI s'appuie sur des activités internationales préexistantes. Vingt-trois pays y participent.

Concernant les aspects de la qualité à mesurer, il a été choisi de s'appuyer sur ceux déjà élaborés par plusieurs pays membres. Le cadre général est adossé à l'expérience pratique acquise par les pays à travers l'évaluation des performances des systèmes de santé en général et de la qualité des soins en particulier. Pour la mesure de la qualité, des indicateurs de processus et de résultats sont intégrés. Le choix de ces indicateurs obéit à trois critères principaux : l'importance de ce qui est mesuré, la pertinence scientifique de l'indicateur, la faisabilité/coût de l'obtention des données.

Le projet comprend deux phases. La première a été orientée sur dix-sept indicateurs importants et facilement accessibles de l'efficacité des soins, les suivants ayant été sélectionnés :

- taux de survie au cancer du sein,
- dépistage par mammographie,
- taux de survie au cancer du col de l'utérus,
- dépistage du cancer du col de l'utérus,
- taux de survie au cancer colorectal,
- incidence des maladies pouvant être prévenues par la vaccination,
- couverture des programmes de vaccination de base,
- taux de mortalité pour cause d'asthme,
- taux de mortalité à trente jours après infarctus aigu du myocarde,
- taux de mortalité à trente jours après accident vasculaire cérébral,
- délai d'attente pour une opération en cas de fracture du fémur,
- vaccination contre la grippe chez les adultes de plus de 65 ans,
- taux de tabagisme.

Performance hospitalière : projet PATH (OMS)

Le bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé a initié en 2003 un projet intitulé PATH (*Program for Appropriate Technology in Health*). Son ambition est d'apporter aux hôpitaux des outils d'aide à l'évaluation de leurs performances et d'accompagnement dans la mise en œuvre d'actions d'amélioration, avec l'aide d'autres établissements. Ces outils sont élabo-

rés en vue d'un usage interne et sur la seule base du volontariat.

Le cadre général du projet et la sélection des indicateurs sont fondés sur des éléments théoriques et empiriques. Ils ont été élaborés par un groupe d'experts à partir d'une étude extensive de la littérature (plus de trois cents indicateurs avaient été identifiés à l'origine) et d'une recherche conduite dans dix pays, relative aux données disponibles et à l'importance perçue des indicateurs présélectionnés.

Quatre dimensions verticales (efficacité clinique, efficience, ressources humaines et gouvernance) et deux transversales (sécurité, patient) structurent le cadre. Pour chacune de ces dimensions, des indicateurs ont été sélectionnés en fonction de leur importance et de leur utilité, de leur impact potentiel et de la facilité ou non de collecter l'information. Ont été retenus un noyau central d'indicateurs pertinents dans tous les contextes, ainsi que des indicateurs pertinents, soit dans un nombre limité de contextes, soit représentant un effort important de collecte de données.

Le modèle conceptuel a été testé entre février 2004 et août 2005. Cinquante et un hôpitaux de six pays (Belgique, région Ontario au Canada, Danemark, France, Slovaquie et région du Natal en Afrique du Sud) ont fourni des données pour l'analyse comparative des performances.

Dans une deuxième phase, dix-huit indicateurs récemment sélectionnés (octobre 2006) conduiront à une étude approfondie dans dix pays. Les activités se poursuivent également pour atteindre quatre objectifs :

- construction d'un réseau formel destiné à comparer la performance hospitalière ;
- mise en place d'une plateforme Internet pour la collecte de données et l'analyse (www.pathqualityproject.org) ;
- création d'un centre de formation pour aider les pays à la mise en œuvre ;
- développement des outils (manuels, principes).

1. NDLR : un article de Pascal Garel consacré au projet MARQuIS a été publié dans la RHF n° 510, mai-juin 2006, p. 74 : « Stratégies nationales d'amélioration de la qualité des soins hospitaliers : un panorama européen ».

Qualité : projet MARQuIS (commission européenne)

Nous l'avions annoncé dans un précédent numéro de la RHF [1], la Commission européenne (Direction générale de la recherche) finance un projet intitulé MARQuIS (*Methods for Assessing Response to QUality Improvement Strategies*). Il est conduit par un consortium d'unités de recherche universitaires, d'organisations d'accréditation (telle la Haute Autorité de santé) avec la participation de la Fédération européenne des hôpitaux (HOPE) dont est membre la Fédération hospitalière de France. Les objectifs du projet sont les suivants :

- identifier, comparer et évaluer l'adoption formelle dans les États membres de différentes stratégies nationales d'amélioration de la qualité en santé ;
- décrire et évaluer la mise en œuvre par les hôpitaux de ces stratégies nationales ;
- identifier les besoins en qualité des personnes bénéficiant de soins à l'étranger ;
- apprécier l'utilité des démarches formelles d'amélioration de la qualité.

Ce projet ambitieux a débuté par l'analyse des stratégies existantes et l'identification des besoins des patients transfrontaliers. Il s'est poursuivi par enquête : des questionnaires ont été adressés à un échantillon représentatif d'hôpitaux de neuf pays européens, des établissements français étant destinataires. Il s'achèvera au premier semestre 2007 par des visites/audits auprès d'un échantillon de quinze établissements par pays concerné (dont la France), afin d'explorer le lien entre les stratégies qualité et la prise en compte des besoins en termes de qualité. Les premiers résultats sont disponibles sur le site www.marquis.be.

Sécurité des patients : projet international SIMPATIE

SIMPATIE (*Safety Improvement for Patients in Europe*) intervient dans un domaine devenu très « populaire » sur le plan international : la sécurité du patient (*patient safety*). Ce concept recouvre l'ensemble des événements indésirables - infections, erreurs médicamenteuses, autres accidents…- qui surviennent dans les services de santé. Financé également par la Commission européenne (Direction générale de la santé), il regroupe d'ailleurs quelques partenaires membres de MARQuIS (HOPE et la HAS notamment). Un tableau précis des différentes définitions et méthodes utilisées pour lutter contre ces événements indésirables a été réalisé. À l'issue de ce travail, une conférence de consensus a été organisée à Luxembourg les 18 et 19 septembre 2006. Les résultats initiaux y ont été présentés, discutés. Les premières conclusions pour un cadre stratégique de la sécurité du patient en Europe y ont été élaborées.

SIMPATIE a permis de produire les premiers éléments d'un vocabulaire commun et un ensemble d'indicateurs aussi bien au niveau national qu'européen. Un réseau rassemblant l'ensemble des États membres devrait se mettre en place prochainement. Toutefois, le projet recommande fortement des plateformes nationales. Un ensemble d'indicateurs et d'instruments communs pour une évaluation interne et externe devrait contribuer à produire la preuve économique que l'investissement dans ce domaine produit des résultats en termes de santé. Pour en savoir plus : www.simpatie.org. ■

Mylène Bureau
Élève avocate,
DEA de droit de la santé (Aix-Marseille III)
DESS en droit des assurances (Lyon III)
Centre de droit JuriSanté, CNEH

Régulation médicale au SAMU Responsabilité du médecin libéral

Eu égard aux millions d'actes de régulation effectués chaque année en France, l'activité de régulation médicale n'a pour l'instant donné lieu qu'à une faible sinistralité [1], malgré le développement croissant des actions en responsabilité dirigées à l'encontre des médecins et, le cas échéant, des structures dans lesquelles ils exercent. Cette activité située au cœur de la permanence des soins peut néanmoins être source de responsabilité. Et parce qu'elle peut être exercée tant par des acteurs du secteur public que du secteur privé, il n'est pas toujours aisé de déterminer le régime de responsabilité qui lui est applicable, notamment quand le médecin régulateur est un praticien libéral. L'arrêt rendu par la cour administrative d'appel de Nancy le 24 mai 2006 [2] a le mérite de clarifier la situation.

L'exercice de la médecine d'urgence implique une coopération et une coordination étroite entre de nombreux acteurs de santé, dans laquelle le médecin régulateur du SAMU intervient en première ligne [3]. Ce dernier a pour fonctions d'assurer une écoute médicale permanente, de déterminer et de déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature des appels. L'exercice de son activité nécessite compréhension, analyse rapide et précise, des éléments d'une situation présentée comme urgente afin d'y adapter au mieux, et surtout dans les plus brefs délais, la conduite thérapeutique.

Dans l'affaire ayant donné lieu à l'arrêt rendu par la CAA de Nancy, une standardiste du centre de réception et de régulation des appels d'urgence d'un centre hospitalier reçoit l'appel d'une personne dont le mari est victime de malaises. Âgé de quarante-cinq ans, il se plaint de douleur à la poitrine et aux bras. Le médecin régulateur de permanence décide de recourir aux services du médecin de garde du secteur. Mais après un nouvel appel du médecin dépêché sur place suite à une erreur de transmission dans le nom de la rue, le médecin régulateur envoie un autre médecin de garde. Du fait du retard accumulé, ce dernier ne peut que constater le décès du patient, consécutif à un infarctus du myocarde.

La standardiste et le médecin régulateur sont pénalement condamnés en raison des négligences commises à l'occasion de la réception des appels de l'épouse de la victime.

Restait encore à statuer sur l'action civile! En première instance, le tribunal administratif de Strasbourg, après avoir retenu la responsabilité du centre hospitalier pour les fautes commises par le médecin à l'occasion de l'activité de régulation [4], condamne l'Association des soins et urgences médicales (ASUM 67) à garantir l'hôpital à hauteur des trois quarts des condamnations prononcées à son encontre [5].

Dans cette affaire, le médecin régulateur mis en cause était un médecin libéral intervenant dans le cadre du dispositif d'aide médicale d'urgence. Ainsi, en application de l'article 11 du décret 16 décembre 1987 [6], une convention locale avait été conclue entre le centre hospitalier et l'association des soins et urgences médicales l'ASUM 67. Cette dernière s'était alors engagée à garantir la présence d'un praticien libéral pour assurer la régulation médicale. Il convient ici de s'interroger sur le statut du médecin régulateur impliqué dans les faits, afin de déterminer les responsabilités susceptibles d'être engagées.

Régime de responsabilité applicable au médecin régulateur libéral

La détermination du statut du médecin mis en cause constitue un préalable nécessaire au règlement du litige car elle conditionne directement le régime de responsabilité applicable. Si l'on considère que le médecin régulateur est un agent du service public, la reconnaissance de sa responsabilité civile personnelle dans la réalisation du dommage est liée à l'existence d'une faute détachable de ses fonctions. En revanche, dans l'hypothèse où seule une faute de service peut être imputée au praticien, celle-ci a pour effet de substituer directement la responsabilité de la collectivité à celle de l'agent [7] et de fonder la compétence de la juridiction administrative sur le litige. Une des difficultés de cette affaire réside dans le fait que la faute génératrice du dommage a été commise par un médecin d'exercice libéral agissant dans le

cadre d'une structure administrative : le SAMU. Pour déterminer les responsabilités susceptibles d'être engagées en l'espèce, il convenait préalablement de s'interroger sur le statut de droit privé ou de droit public du médecin régulateur mis en cause.

Prévalence du critère fonctionnel sur le critère organique

Dans ses conclusions d'appel, le centre hospitalier soutient qu'il ne peut en aucun cas être tenu pour responsable des manquements commis à l'occasion de l'activité de régulation, dès lors que celle-ci est exercée par des médecins libéraux mis à sa disposition dans le cadre d'une convention conclue avec l'association.

Pour rejeter cette argumentation, la cour relève que la conclusion de conventions entre hôpitaux et médecins d'exercice libéral qui interviennent à titre volontaire dans l'aide médicale d'urgence est rendue obligatoire par la loi. Ces conventions, approuvées par le préfet et soumises à un régime exorbitant du droit commun, définissent les conditions de participation des médecins libéraux à l'organisation et au fonctionnement d'un service public. Dans ces conditions, les fautes commises dans l'exécution du service de régulation, dès lors qu'elles ne sont pas détachables du service, engagent la responsabilité des établissements hospitaliers, bien que les fonctions de médecin régulateur soient confiées à un médecin libéral.

En d'autres termes, la cour estime que parce qu'il concourt au service public de l'aide médicale d'urgence, le médecin libéral doit être assimilé à un agent du service public administratif et bénéficier, comme tel, des dispositions protectrices applicables en cas de faute de service[8]. La solution retenue par les juges d'appel fait ici prévaloir le critère fonctionnel sur le critère organique dans la détermination du régime de responsabilité applicable au médecin régulateur. Peu importe que le médecin soit hospitalier ou libéral, dès lors qu'il participe au service public.

Solution conforme à celle adoptée par la chambre criminelle de la Cour de cassation

La solution consacrée par la CAA de Nancy est conforme à la position adoptée par la chambre criminelle de la Cour de cassation dans un arrêt du 2 décembre 2003[9]. Dans cette affaire où est également en cause l'activité d'un médecin régulateur exerçant au sein d'une association liée avec l'hôpital par une convention, la haute juridiction estime que le médecin, en tant que praticien libéral participant au service d'appel vers le service public, est agent public d'un service administratif[10].

Par son arrêt du 24 mai 2006, la cour administrative d'appel de Nancy se rallie à la position adoptée par les juridictions judiciaires. Reste à savoir si cette solution sera un jour entérinée par le Conseil d'État.

Répartition finale de la dette

En assimilant le médecin régulateur à un agent du service public et en reconnaissant corrélativement l'existence d'une faute de service engageant la responsabilité du centre hospitalier, la cour administrative reconnaît sa compétence sur le litige qui lui est soumis. Or, dans le cadre de l'activité de régulation médicale, cette solution est incontestablement protectrice des intérêts du patient, qui en appelant le centre « 15 », sollicite l'un des services de l'hôpital et ignore, la plupart du temps, le dispositif de coopération mis en place avec les médecins libéraux. En cas de litige, il engagera tout naturellement la responsabilité de son premier interlocuteur : l'hôpital.

Pour autant, ce dernier doit-il supporter la charge intégrale de l'indemnisation des victimes ? À l'évidence non ! Voilà pourquoi la Cour, après avoir relevé que les fautes de service commises par le médecin à l'occasion du service de régulation engagent la responsabilité du centre hospitalier, confirme la condamnation de l'association à garantir l'hôpital à hauteur des trois quarts de la responsabilité mise à sa charge.

Les juges indiquent que dans le cadre de la convention qu'elle a conclue, cette association s'est engagée à garantir la présence d'un médecin libéral pour assurer la régulation et qu'elle doit, en conséquence, assumer la responsabilité des actes et des décisions des personnels mis à la disposition de l'établissement. La solution adoptée dans l'arrêt du 24 mai 2006 permet au juge administratif de faire supporter *in fine* à l'association la charge presque intégrale de l'indemnisation du dommage et ce, sans avoir besoin de décliner sa compétence sur le litige qui lui a été soumis !

À l'heure où la coopération entre le secteur public et le secteur privé se fait de plus en plus étroite et où les acteurs des services d'urgence se diversifient, il n'est pas toujours aisé de déterminer quelle responsabilité engager en cas de dommage. À cet égard, la solution retenue par la CAA de Nancy nous semble satisfaisante tant pour le professionnel de santé que pour le justiciable. Pour le professionnel de santé, parce qu'elle assure une protection au plan civil des médecins qui interviennent sur la base du volontariat et, à titre accessoire, dans le cadre de structures publiques. Pour le justiciable, parce qu'elle unifie et simplifie les règles de responsabilité applicables au médecin régulateur du SAMU, qu'il soit libéral ou hospitalier. ■

1. Revue *Responsabilité*, numéro hors série, mars 2005.
2. CAA Nancy, 24 mai 2006, chambre 3, 24 mai 2006, n° 04NC00436 et n° 04NC00977, *JurisData* n° 2006-302250.
3. Définition juridique de la régulation médicale donnée par le décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente (SAMU).
4. TA de Strasbourg, 25 novembre 2003.
5. TA de Strasbourg, 1er septembre 2004.
6. Décret du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au SAMU.
7. T. confl., 30 juill. 1873, Pelletier : DP 1874, 3, p. 5, concl. David.
8. Si le dommage est imputable à une faute de service, l'établissement public est tenu de couvrir intégralement l'agent pour les condamnations civiles prononcées à son encontre.
9. Cass. Crim. 2 décembre 2003, *JurisData* n° 2003-021563, *Médecine et Droit* 2004, n° 97-104, « La faute pénale d'imprudence », P.L. Niel.
10. Des poursuites du chef d'homicide involontaire ont été engagées contre un médecin régulateur d'un service d'aide médicale urgente à la suite du décès à son domicile d'un malade du fait d'un infarctus du myocarde.

Cécile Piques
Directrice adjointe des ressources humaines
Centre hospitalier universitaire de Nîmes

sur le web

Qualité et performance

>> www.ccecqa.asso.fr

Structure régionale d'évaluation créée en 1996 sur l'initiative de plusieurs établissements publics de santé, le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCEQA) œuvre à la réalisation d'évaluation et au développement d'actions qualité en vue d'améliorer la prise en charge des patients. La rubrique « Projets » du site répertorie l'ensemble des projets en cours, tel SECURIMED, qui vise à la sécurisation du circuit du médicament.

>> www.sante.gouv.fr

Toutes les informations concernant l'indicateur Icalin sont en ligne sur le site rénové du ministère de la Santé, rubrique « Thèmes – Accédez à tous les dossiers – Infections nosocomiales ». Méthode de calcul et cartographie 2005 sont téléchargeables. Pour une première approche, la rubrique « Vos questions - nos réponses » donne la marche à suivre dans l'analyse et la consultation du score.

>> http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh

Le site de l'INSERM présente le projet COMPAQH (Coordination pour la mesure de la performance et de l'amélioration de la qualité hospitalière) et les outils utilisés dans leur version actualisée. À télécharger : les résultats comparatifs et anonymes de vingt-six indicateurs, comme la traçabilité de la douleur ou le taux d'infection nosocomiale en blocs opératoires.

>> www.cismef.org

Catalogue et index des sites médicaux francophones réalisés par une équipe pluridisciplinaire du CHU de Rouen, le CISMEF propose, à la rubrique « Index alphabétique », lettre « I », de multiples ressources relatives aux indicateurs de qualité de santé.

http:// annuaire.fhf.fr

Établissements, directeurs, chefs de service, cadres...
http://annuaire.fhf.fr l'annuaire hospitalier et médico-social public

Achats hospitaliers

>> www.meah.sante.gouv.fr

Le projet Optimisation de la performance des achats hospitaliers (OPERAH) est présenté sur le site de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) depuis la rubrique « Dossiers thématiques », « Optimisation des achats hospitaliers ».

À télécharger : la documentation regroupant l'ensemble des rapports d'étapes, les exposés des établissements, CCAP-CCTP, ainsi que les outils utilisés pour développer et approfondir ce chantier.

>> www.fhf.fr

La conférence « Journée des acheteurs hospitaliers » organisée à Hôpital Expo 2006 est accessible sous forme de diaporamas ou comptes-rendus sur le site de la Fédération hospitalière de France, rubrique « Hôpital Expo 2006 ».

>> www.aphp.fr

La rubrique « Marchés publics » du site de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris présente le nouveau code et pose le cadre réglementaire de l'achat public. Elle décrit aussi l'organisation de la fonction achat à l'AP-HP et de ses quatre centrales d'achats : achats centraux hôteliers et alimentaires, Agence centrale des équipements et des produits de santé, Direction du système d'information, Direction du patrimoine et de la logistique.

Nouveautés

>> www.espace-ethique.org

Dédiée aux enjeux éthiques et sociaux d'une éventuelle pandémie grippale, la revue *PandEmiqueS* est née en octobre dernier. Elle est accessible en anglais et français, au format PDF, sur le site de l'Espace éthique de l'AP-HP que dirige Emmanuel Hirsch, par ailleurs directeur du département de recherche en éthique à Paris-Sud et rédacteur en chef de *PandEmiqueS*. Au sommaire de ce premier numéro de 80 pages, des réflexions éthiques et sociétales, mais aussi des analyses politiques et des articles de santé publique. La préparation des hôpitaux à la pandémie est traitée par Catherine Leport, professeur de maladies infectieuses et tropicales à l'université Paris 7, site Bichat.

>> http://www.has-sante.fr

Le site de la Haute Autorité de santé fait peau neuve. Moteur de recherche plus performant, nouvelles possibilités offertes aux internautes, en particulier l'abonnement personnalisé à des alertes électroniques en fonction de leurs centres d'intérêt. Toutes les publications de la HAS sont consultables et téléchargeables et bénéficient d'une fiche de présentation synthétique. Plus de 7000 publications sont disponibles, dont 3000 avis sur les médicaments, produits et prestations de santé, plus de 2700 résultats de certification d'établissements de santé, 340 communiqués et dossiers de presse… Conçu comme un outil évolutif, le site propose un questionnaire visant à recueillir les avis et attentes de ses visiteurs.

entretien

© Catherine Bonhomme

Didier Tabuteau

« La santé devient un objet politique »

>> Didier Tabuteau

Didier Tabuteau est un spécialiste des questions de santé et de sécurité sociale. Qualités qui lui ont valu de diriger par deux fois le cabinet de Bernard Kouchner au ministère de la Santé (1992-1993, 2001-2002) et d'exercer à deux reprises les fonctions de directeur adjoint du cabinet du ministre des Affaires sociales auprès de Claude Évin (1988-1991) et de Martine Aubry (1997-2000). Conseiller d'État, il a été le premier directeur général de l'Agence du médicament (1993-1997).

Chargé en 2000 de la préparation de la loi sur le droit des malades, Didier Tabuteau est responsable de la chaire santé à Sciences Po, professeur associé et co-directeur de l'institut Droit et santé à l'université Paris V-René-Descartes.

Vice-président de la Société française de santé publique, il dirige la fondation Caisses d'épargne pour la solidarité. Didier Tabuteau a bien voulu se prêter au jeu de l'interview en connaisseur : il est également rédacteur en chef de la revue *Sève, les tribunes de la santé** et l'auteur des *Contes de Ségur, les coulisses de la politique de santé (1988-2006)***. Il vient de signer avec Paul Benkimoun un livre d'entretien : *Les nouvelles frontières de la santé : comment serons-nous soignés demain ?**** et publiera en février un *Droit de la santé* dans la collection Thémis, aux PUF.*****

** Presses de Sciences Po : www.sciences-po.fr/editions*
*** Ophrys santé : www.ophrys.fr*
**** Éditions Jacob Duvernet, Maïlis Valentin.*
Tél. : 01 42 22 63 65 – Fax : 01 45 49 25 02
***** PUF, collection Thémis. www.puf.com*

RHF : Vous êtes l'un des architectes de la sécurité sanitaire en France. Les Contes de Ségur, ***votre dernier ouvrage, relate la naissance d'une politique et d'une organisation à laquelle vous avez consacré une grande part de votre énergie et dont vous évoquez aujourd'hui la fragilité. « Le signe le plus inquiétant, écrivez-vous, me paraît être le retour de l'idéologie de l'efficacité. » Qu'entendez-vous par là ?***

Didier Tabuteau : J'ai été frappé par le fait que nous ayons baigné très longtemps, disons des années trente aux années quatre-vingt, dans le mythe du tout-efficacité : seul comptait le fait de soigner. S'il y avait un problème, nous étions persuadés d'y remédier par les soins : la thérapeutique allait tout résoudre. Ce qui était d'ailleurs largement vrai. Les progrès des thérapeutiques, de la chirurgie étaient considérables, et les Français s'en réjouissaient à raison. Avec le drame du sang contaminé, ce paradigme a volé en éclats. Avec pour conséquence l'invention de la sécurité sanitaire. Pendant une dizaine d'années, cette notion est devenue prioritaire. Le retour du balancier s'amorce : certains pensent aujourd'hui qu'on est allé trop loin. Trop de vigilances, trop de règles, de contraintes. Ils ont le sentiment qu'on les détourne de leur véritable métier, soigner. C'est ce que je nomme l'idéologie de l'efficacité thérapeutique. Ce discours, qui avait disparu il y a quelques années, s'entend à nouveau. Certes, il n'est pas majoritaire et je perçois par ailleurs fort bien la nécessité de parvenir à un équilibre. Rien n'est gravé dans le marbre. Mais la fonction sécurité est constitutive de notre organisation sanitaire. Elle est indissociable du développement des soins. Le tout-sécurité serait une erreur, en reléguer la fonction au second plan nous exposerait aussi à des catastrophes.

On peut s'interroger, dans cette perspective, sur les prérogatives d'un ministère qui n'intègre pas le champ des risques environnementaux, ni celui des risques au travail.

Si l'on se projette dans le temps - et je suis convaincu que la construction de la santé dans les instances communautaires accélérera ce mouvement -, un ministère de la Santé moderne devrait comprendre la santé, l'environnement et la consommation. Et bien sûr la santé au travail, en tant que risque environnemental. La constitution d'un vrai grand ministère réside là, beaucoup plus d'ailleurs, mais c'est un débat traditionnel, que dans le fait de disposer des financements de l'assurance maladie. J'y crois profondément. Peut-être verrons-nous un jour un ministère orga-

nisé ainsi ? J'avais proposé à Bernard Kouchner de le demander en 2001. Dans le contexte administratif et politique de l'époque, c'était assez difficile à mettre en œuvre, car une telle organisation aurait rompu des frontières bien établies entre l'économie et les finances, la santé et l'environnement. Aujourd'hui, l'Europe œuvre dans cette direction.

Le personnel politique est-il prêt à franchir ce pas ?

À l'exception des spécialistes, les politiques ne sont pas forcément très à l'aise avec les questions de santé et les esprits ne sont peut-être pas encore tout à fait mûrs. Mais ils ont évolué. La sécurité sanitaire a rendu une place à la santé publique et ouvert les responsables politiques à ces questions. Évidemment, ils y sont confrontés sous forme de crise (transfusion sanguine, vache folle…) mais pas seulement. Ce qui est intéressant, ce sont les angles par où surgissent, aujourd'hui, les enjeux de santé publique : les épidémies internationales, le SRAS, la grippe aviaire, sont une façon, nouvelle pour le politique, d'entrer dans le champ de la santé publique. Je suis également frappé par le débat sur les risques de ce que l'on appelle, aujourd'hui, l'épidémie du XXIe siècle : l'obésité et les risques nutritionnels. Si l'on compare le temps qu'il a fallu au politique pour prendre en charge le tabagisme et celui qu'il lui faut maintenant pour s'emparer des enjeux liés à la nutrition, nous avons tout de même gagné quelques décennies. Sans aller jusqu'à dire que ces enjeux comptent parmi les grandes priorités nationales, je ne serais pas surpris qu'au cours des prochaines élections, les thèmes de santé publique occupent une place importante, à l'instar des programmes de sécurité routière ou du plan Cancer. La santé devient un objet politique. Il y a quelques années, elle était encore du ressort de la sphère privée.

Que vous inspire à cet égard le projet d'interdiction de fumer dans les lieux publics à partir de janvier prochain ?

Beaucoup de bien. En tant que vice-président de la Société française de santé publique, vous imaginez combien je m'en réjouis. Cela signifie que dans ce domaine, les Français ont suffisamment évolué pour que cette interdiction ne soit plus un tabou. Notre culture de santé publique a progressé. Le signe est encourageant pour les politiques de prévention et d'éducation à la santé.

Parlons de la loi relative aux droits des malades, que vous avez contribué à élaborer. Elle aura cinq ans en mars. Le recul est léger mais peut-être suffisant pour de premiers enseignements ?

La loi du 4 mars 2002 est l'aboutissement d'un processus qui a rénové les bases de la relation médicale et consacré certaines évolutions de la société française. Je crois aussi qu'elle va au-delà. Elle interroge, provoque des changements. Pas forcément de manière facile : le dispositif sur la personne de confiance peine à se mettre en place. L'accès direct au dossier médical pose problème à certains établissements qui se voient réclamer des dossiers dans le cadre de contentieux anciens ou pour connaître le détail d'une hospitalisation qui remonte à deux ans. Lorsque nous avons conduit la concertation, la priorité absolue était de permettre à la personne qui souhaite un deuxième avis médical de disposer de son dossier. Dans ces circonstances, il est primordial qu'hôpitaux, cliniques et professionnels fassent le maximum pour répondre dans des délais très courts. L'objectif principal de la loi est là. Pour le reste, certaines dispositions sont peut-être à ajuster.

La confiance dans le système ne pourra se rétablir s'il donne l'impression de cacher quelque chose à ses utilisateurs, en arguant de leur aptitude ou non à s'approprier les notions de qualité

L'attente des usagers a évolué vers une demande d'information qui concerne la qualité et la performance des services comme des établissements. Quels indicateurs retenir, et sous quelle forme les rendre publics ?

La confiance dans le système ne pourra se rétablir s'il donne l'impression de cacher quelque chose à ses utilisateurs, en arguant de leur aptitude ou non à s'approprier les notions de qualité. L'usager ne peut plus accepter un système dont il faut reconnaître qu'il est opaque, par construction. Avec les palmarès, les médias ont ouvert la voie. Politiques et professionnels commencent à bouger. Le processus est irréversible. Il concerne aujourd'hui les hôpitaux et les cliniques, demain les cabinets libéraux. Cela dit, un gros travail d'expertise technique et médicale reste à conduire. Le débat concerne tous les acteurs : instances professionnelles et scientifiques, assurance maladie et associations de patients. Ils devront définir ensemble quelles données diffuser et comment les rendre accessibles au public. C'est une vraie question politique.

Les réformes succèdent aux réformes. Peut-on continuer à réformer l'hôpital sans réorganiser le système de santé ?

De moins en moins. Ce qui était encore possible lorsque les secteurs étaient fortement clivés, avec des frontières et des modes de fonctionnement très différents, ne l'est plus aujourd'hui. En 1991 déjà, la loi Évin, sans être une réforme tous azimuts, englobait les cliniques et une partie du champ ambulatoire. Quinze ans plus tard, il semble difficile de poursuivre sans intégrer cabinets libéraux et réseaux à la réforme du système. Mais pas seulement. Plus on avance, plus il apparaît que le sujet appelle une approche étendue aux secteurs sanitaire, social et médico-social. On a pu constater ces dernières années les conséquences d'une entrée plus tardive des personnes âgées en institution. Le secteur social et médico-social se remédicalise fortement. Si l'on projette la part croissante du vieillissement dans les deux secteurs, il n'échappe à personne que nous sommes dans un continuum d'accompagnements et d'établissements coordonnés. Des plates-formes de services verront le jour dans un proche avenir. Et ne serait-ce que parce que les moyens au regard des besoins devront être mieux ajustés, je n'ai aucun doute : l'hôpital ne peut se réformer de façon autonome.

L'échelon régional pourrait-il être le pivot de cette offre de soins ?

J'y serais plutôt favorable. En même temps, je crains que nous ne soyons prêts. Il est d'ailleurs assez fascinant d'observer la manière dont a fait de la région la circonscription en matière de santé (toutes les lois depuis 1991 sont sur ce mode) sans que celle-ci soit pour autant décideur en termes sanitaires! Une telle dichotomie est vraiment extraordinaire. Je crois profondément que les politiques de santé publique et de régulation des dépenses exigent une approche la plus régionalisée possible, mais les esprits sont-ils mûrs sur ce point? Je n'en suis pas sûr. Le mythe d'un grand système national de santé - par ailleurs très inégalitaire de fait - est toujours très présent. Songer à régionaliser une fraction des cotisations d'assurance maladie, par exemple, est tout simplement tabou. La question mérite pourtant d'être posée. Sans précipitation, car le débat durera plusieurs années, mais avant que la santé ne représente 15 ou 16 % du PIB.

La FHF réfléchit actuellement à l'avenir de l'hôpital public, via ***sa plate-forme «L'Heure H» et le blog qui lui est associé. Comment envisagez-vous cet avenir?***

L'hôpital a les moyens de se projeter dans le futur mais l'enjeu porte davantage, à mon sens, sur le service public hospitalier que sur l'hôpital lui-même. Durant des années, nous nous sommes intéressés à la boîte à outils. Il fallait le faire, bien sûr. Mais la question posée aujourd'hui et pour les vingt ans qui viennent est celle de la définition du service public hospitalier : quelles missions, quels modes de fonctionnement, quelles caractéristiques par rapport au reste du système de santé ? Les modes thérapeutiques changent et les attentes sociales évoluent. Les établissements vont être confrontés à de très grosses difficultés d'adaptation. Il serait donc préférable de redéfinir leurs missions et les conditions de leur exercice plutôt que de gérer l'adaptation au fur et à mesure des obstacles : ce point me paraît crucial. Sinon, le service public hospitalier risque de se diluer.

La question posée aujourd'hui et pour les vingt ans qui viennent est celle de la définition du service public hospitalier : quelles missions, quels modes de fonctionnement, quelles caractéristiques par rapport au reste du système de santé ?

En matière de dépenses, la part liée aux médicaments ne cesse de croître, particulièrement à l'hôpital. Quelles réponses mettre en œuvre? Peut-on envisager de conduire une pédagogie auprès des professionnels et des usagers ?

Sans doute faudrait-il déconnecter la relation médicale de la prescription médicamenteuse, sachant qu'en France cette relation se dénoue trop souvent par une prescription. Cela dit, regardons la perspective à dix ou quinze ans : une interpénétration thérapeutiques/médicaments de plus en plus forte ; des produits de plus en plus liés au vivant ; des sources de coûts de santé qui continueront de croître. Des efforts sont à faire, bien sûr. Mais mon leitmotiv en la matière est simple : maîtriser mieux pour dépenser plus. La santé est un secteur économique. Il est un poids lorsqu'il produit des dépenses inutiles, quand il se révèle mal organisé. Et une chance lorsqu'il offre des services sanitaires comme il le fait tous les jours. N'oublions pas qu'il est aussi créateur d'emplois, et d'emplois en partie difficilement délocalisables. Sans compter que de tous les systèmes, il est certainement celui qui exprime le mieux la solidarité nationale. ■

Propos recueillis par
Catherine Bonhomme

Patrick LAGADEC [1]
Directeur de recherche à l'École polytechnique, membre de l'Académie des technologies de France, co-fondateur de l'European Crisis Management Academy, membre du Conseil scientifique de la plateforme de réflexion éthique « Pandémie grippale » Université Paris-Sud 11

MOTS-CLÉS
pandémie grippale
risques
éthique
enjeux

Pandémie grippale et réflexion éthique

Quelles exigences pour un pilotage à la hauteur des enjeux ?

Les grands séismes de civilisation - comme pourrait l'être une pandémie grippale du type 1918 intervenant dans nos environnements désormais globalement interdépendants, extrêmement sensibles à toute perturbation hors cadre, donc à bien des égards peu résilients - appellent des réflexions et des préparations à la mesure des enjeux.

Depuis quelques mois, le dossier « Pandémie » fait l'objet de nouvelles approches : des exercices bien plus hardis, une réflexion qui dépasse les plans préparés, une ouverture à une plus large palette d'acteurs. Nous sommes sur la bonne voie. Mais il faut mesurer le chemin à rattraper : nos références sont à bouleverser, les réalités à affronter seraient dures. Très vite, sur de multiples fronts, nos systèmes perdraient leurs repères : irruption brutale de la mort collective ; mise en échec de systèmes essentiels comme les hôpitaux ou la grande distribution (une journée de vivres de stock) ; multiplication de dysfonctionnements majeurs dans la marche des infrastructures essentielles, sans lesquelles nos systèmes sociotechniques ne savent plus fonctionner [2]. La perte de maîtrise d'un monde pensé comme désormais « sous contrôle », provoquerait des effondrements de confiance abyssaux, ouvrant la porte à toutes sortes de réactions imprévisibles, à commencer dans les sphères de pilotage les plus élevées – qui n'ont jamais été préparées à de telles confrontations.

Le terrain stratégique

Jusque récemment, les plus grands efforts ont été limités au domaine des plans : la catégorisation des situations, la clarification des règles à suivre en fonction de situations types ; dans le domaine tactique : les masques, les médicaments, les recommandations comportementales ; et dans le domaine désormais imposé de la communication, à partir du double objectif de l'information et la prévention de la « panique ». L'information consistant le plus souvent à expliquer ce qu'est le virus en question, les plans gouvernementaux, les dispositions prises pour que les organisations puissent passer le cap des quelques semaines délicates anticipées.

1. Ces quelques réflexions ont largement pu bénéficier d'une mission à Toronto, réalisée avec le support de Pierre Béroux, directeur contrôle des risques, Groupe d'électricité de France. Rapport : http://www.patricklagadec.net/fr/pdf/EDF_Pandemie_Grippe_Toronto.pdf

2. Dr Sherry Cooper, *Don't fear fear, or Panic Panic – an economist's view of pandemic flu*, BMO Nesbitt Burns, Tuesday October 11, 26 pages (p. 19).

Nos logiques de gouvernance et de pilotage n'ont pas été pensées pour des mondes marqués par de sévères turbulences.

>> Patrick Lagadec
Un spécialiste des risques majeurs

Au lendemain du 11 septembre 2001, le responsable new-yorkais des opérations de secours rendait hommage à un chercheur français. Il ne l'avait jamais rencontré, ne lui avait jamais parlé - du moins jusque-là. Mais un ouvrage rédigé par lui dix ans plus tôt avait retenu son attention. Richard Rotanz l'a dit et répété après l'effondrement des Twin Towers : il s'en est inspiré pour définir nombre de règles opératoires. Depuis, ils correspondent.

Patrick Lagadec est un expert en situations exceptionnelles. Un spécialiste des risques majeurs. Du détournement de l'Airbus d'Air France en 1994 au blocage de l'autoroute A8 en février 2001, de la crise de l'anthrax à celle de la vache folle, ministères, grandes entreprises et gouvernements de différents pays se sont attaché ses services. Ses rapports font autorité. Ses recommandations et retours d'expérience ont valeur de référence au sein des plus hautes instances en charge de la sécurité civile, industrielle ou sanitaire.

Directeur de recherche à l'École polytechnique (laboratoire d'économétrie), membre de l'Académie des technologies de France, membre fondateur et membre du Governing Council de l'European Crisis Management Academy (ECMA), Patrick Lagadec est aussi lauréat du prestigieux prix du Forum Engelberg(1999). Ce prix décerné chaque année par un jury de scientifiques internationaux compte au nombre de ses récipiendaires pas moins de trois prix Nobel (Max Perutz, Sir John Kendrew, Samuel Ting), mais aussi Herwig Schopper, ancien directeur général du CERN, et Charles-Henri Rapin, pionnier du soulagement de la douleur et des soins palliatifs.

Dans les années 1970-80, Patrick Lagadec a été l'initiateur du concept « Risque technologique majeur ». La décennie suivante l'a conduit à développer l'étude du traitement des crises, quelles que soient leurs origines : problèmes de santé publique, de société ou défaillances techniques. Depuis la fin des années 1990, il consacre ses recherches à la compréhension et au traitement du phénomène de rupture et de crises « hors cadres ». Ses travaux les plus récents ont porté sur l'ESB, l'anthrax, la canicule française et Katrina. À la demande du directeur général de la santé, c'est lui qui a accompagné la DGS en avril-juin 2004 sur le terrain des crises non conventionnelles, puis en juin-juillet les mêmes services dans la préparation de l'exercice national Canicule.

Catherine Bonhomme

On a vu aussi quelques essais de questionnement en matière d'éthique. Mais ils sont longtemps restés limités. Fondamentalement, nous vivons dans des sociétés fondées sur le postulat d'une maîtrise quasi parfaite des dysfonctionnements à travers le biais de dispositifs techniques, tactiques, organisationnels, procéduraux. Pour tout dossier lourd, le pacte de protection entre dirigeants et citoyens fonctionne à plein : les premiers assurent les seconds qu'ils les protègent ; les seconds exigent d'entendre ce discours - personne n'ajoutant réellement foi au processus, qui fonctionne aussi longtemps que dure la « drôle de guerre ». Ouvrir des questions pour lesquelles on ne dispose pas de réponse, ouvrir un script qui n'est pas déjà totalement écrit relèvent quelque part du blasphème dans les sociétés post-industrielles. Certes, il ne manque pas de personnes suffisamment intrépides pour prendre des libertés avec ce fonctionnement collectif et ouvrir quelques questions à la marge - une fois bien clarifié que tout était tout de même bien contrôlé. Mais il faut aller bien au-delà, si l'on considère les véritables théâtres d'opérations sur lesquels nous pourrions être convoqués. Concéder des incertitudes à la marge n'est plus guère pertinent lorsque le cyclone vient frapper au cœur.

Précisément, poser des questions éthiques suppose d'avoir ouvert un espace de « blanc », dans lequel les questions s'imposent - sans tétaniser ni celui qui les pose, ni celui qui les reçoit - en lieu et place des réponses préformatées. Jusque récemment, on aurait vainement cherché, dans les innombrables colloques organisés sur la pandémie grippale, un affichage fort dans le domaine de l'éthique. Priorité a le plus souvent été donnée à l'exposé des scripts prévus par les autorités en charge. Le risque, lorsque se précise la menace, est alors de vouloir trouver - de façon compulsive - des réponses encore plus protectrices dans des modélisations formelles, pour repousser d'autant le moment où il faudrait consentir au questionnement - ouvert et partagé.

L'interrogation éthique

Tout en mettant en avant nos batteries de réponses, nos exercices qui permettent de tester la capacité à appliquer les scripts fournis, nous ressentons bien qu'il est important d'ouvrir des espaces de réflexion secondaires au cas où nos plans, comme le plan XVII de Joffre en août 1914, se révéleraient un peu moins performants que prévu.

On se projette alors dans les problèmes les plus complexes qui s'imposeraient sur la scène publique en cas de choc majeur. Une étude canadienne, portant sur le cas du syndrome respiratoire aigu sévère [3] (SRAS), met ainsi en avant les lignes d'interrogation suivantes qui peuvent être intéressantes à examiner dans une réflexion sur la pandémie grippale :

- liberté individuelle ;
- vie privée ;
- protection du public contre le danger ;
- protection des communautés contre les stigmatisations injustifiables ;
- devoir de prodiguer des soins ;
- réciprocité ;
- équité ;
- transparence ;
- solidarité.

Elle dégage aussi des questions à débattre :

- les questions de quarantaine : liberté individuelle/protection collective ;
- les questions d'informations : protection de la vie privée/sécurité collective ;
- les questions relatives aux personnes les plus exposées : leur protection/les risques qu'elles peuvent contribuer à accroître ;
- les questions relatives aux personnes isolées, hors système ;
- les questions liées aux solidarités à l'échelle du globe.

Mais un autre chantier est à ouvrir en matière d'éthique, en inversant en quelque sorte le point d'entrée chronologique.

On ne s'interroge plus seulement sur ce qu'on devrait ou pourrait faire le jour où la pandémie aurait frappé. On tient pour essentiel de se poser *hic* et *nunc* la question : quels sont les impératifs de préparation, en tout premier lieu en matière de pilotage du dossier, en second lieu de tous les autres acteurs ?

Il faut ici partir de quelques enseignements lourds de l'expérience :

- nos logiques de gouvernance et de pilotage n'ont pas été pensées pour des mondes marqués par de sévères turbulences, pour une navigation en limite du chaotique. Comme le dirait Sun Tsu, le risque est dès lors très élevé d'être défait dans chaque bataille ;
- lorsque l'on est structurellement en retard d'une guerre, le premier effet des tout premiers signaux de difficultés est un effet foudroyant de tétanisation. C'est lui qui explique les innombrables manquements que ne cessent ensuite d'aligner les commissions d'enquête. *A failure of imagination, A failure of leadership, A failure of initiatives*, etc. ;
- lorsque l'on ressent un tel décalage entre ce qu'il nous faudrait désormais comme capacité d'anticipation et de pilotage, et ce que sont nos références communes, le projet même d'y changer quelque chose est largement handicapé. On observe très généralement l'évitement du sujet, l'illusion techniciste entre obsession des outils-réponses à tout et formalisations plus séduisantes que pertinentes, le refus d'ouvrir vraiment le pilotage à des acteurs essentiels (comme les grands réseaux ou les organisations non gouvernementales), la crainte constamment affichée ou sous-entendue de la « panique des populations »

OK. LE GOUVERNEMENT VOUS DOIT LA VÉRITÉ: IL VA FALLOIR ÊTRE FORT!
TU ES PARFAIT: ESSAYE QUAND MÊME DE FAIRE PASSER UNE LUEUR D'ESPOIR DANS TON REGARD.
COM
CHEREAU

3. Peter Singer, *Ethics and SARS : Learning Lessons Front the Toronto Experience*, rapport du groupe de travail de l'Université de Toronto Joint Centre for Bioethics, Toronto. http://www.yorku.ca/igreene/sars.html

qui peut rapidement substituer à une mode communicationnelle tout sourire des logiques autoritaires destinées davantage à protéger les organisations en place qu'à traiter la situation.
Nous avons besoin d'un renversement de perspective fondamental en matière de démocratie à l'heure du chaotique. Citons à ce sujet les dernières lignes du livre remarquable de John M. Barry sur la pandémie de 1918 :
« En 1918, les mensonges des responsables et de la presse n'ont jamais permis de donner un visage concret à la terreur. La population ne pouvait avoir confiance en rien et d'ailleurs elle ne savait rien. La terreur s'est donc propagée dans la société : une femme a renoncé à soigner sa sœur, des volontaires à nourrir des familles trop malades pour s'occuper d'elles-mêmes et qui en sont mortes, des infirmières à répondre à la plupart des appels urgents émanant de leurs services. La peur, et non la maladie, a menacé de provoquer une rupture sociétale. […] Ceux qui détiennent l'autorité doivent s'attacher à conserver la confiance de la population. Le meilleur moyen d'y parvenir est de ne rien enjoliver, d'essayer de ne manipuler personne. Lincoln l'a dit le premier, et très bien. Les dirigeants doivent s'efforcer de rendre les situations concrètes aussi horribles qu'elles soient. Alors, seulement, les gens seront en mesure de broyer la difficulté et de la traiter.[4] »

Les démarches à engager sont déjà en partie connues : travailler les questionnements, développer l'intelligence créative en supplément de la seule intelligence procédurale, ouvrir les réseaux, mettre la confiance et la responsabilité partagée au centre des processus, accepter d'engager des préparations aux situations inconcevables.

Pour contrer ces logiques de fiascos, les démarches à engager sont déjà en partie connues : travailler les questionnements, développer l'intelligence créative en supplément de la seule intelligence procédurale, ouvrir les réseaux, mettre la confiance et la responsabilité partagée au centre des processus, accepter d'engager des préparations aux situations inconcevables - à l'opposé des réunions rituelles où est exposée la parole définitive, qu'elle soit scientifique ou de leadership, etc.
Le problème est de savoir comment crever cette « bulle » protectrice qui assure la double fausse protection et des décideurs et des citoyens. D'une part, nous devons gagner de nombreux ordres de grandeur en lucidité partagée. D'autre part, nous ne savons pas comment parler, piloter, informer, partager dès lors que l'on quitte nos « jardins à la française » avec leurs risques bien domestiqués, pour les terrains « impensables » de l'ignorance et du chaotique [5]. S'attaquer avec détermination à cette question fondamentale est peut-être notre premier devoir éthique aujourd'hui. ■

4. Barry John M., *The Great Influenza – The Epic Story of the Deadliest Plague in History*, Penguin Books, 2004. Le passage cité ici (p. 461 de l'ouvrage de M. Barry) a été traduit par la rédaction.
5. Films réalisés par Patrick Lagadec : *Aux prises avec le chaotique*, à l'écoute de Maurice Bellet, philosophe ; montage Aurélien Goulet, avril 2004 – *Gouvernance et responsabilité dans des mondes explosés*, à l'écoute de Christian Frémont, préfet de la zone de défense sud, préfet de la région Provence-Alpes-Côtes-d'Azur, préfet des Bouches-du-Rhône, précédemment directeur de l'administration au ministère de l'Intérieur, directeur des stages à l'École nationale d'administration ; montage Aurélien Goulet, avril 2004.

L'hôpital en chiffres • Les établissements publics de santé
La psychiatrie • Le secteur social et médico-social
L'hôpital de A à Z
édition 2006
à paraître
Tarifs*
1 exemplaire 26,00 € TTC
de 2 à 5 exemplaires 17,00 € TTC l'unité
de 6 à 9 exemplaires 13,00 € TTC l'unité
de 10 à 100 exemplaires 10,00 € TTC l'unité
101 et + 8,00 € TTC l'unité
*Prix franco de port - Pour les commandes à destination des DOM TOM ou des pays étrangers, les frais de port sont facturés en sus.
à commander auprès de
HÉRAL
44, rue Jules Ferry
94400 Vitry-sur-Seine
Tél. : 01 45 73 69 20
Fax : 01 46 82 55 15
Éditions de la FHF

Jean-Robert CHEVALLIER
Stéphane PÉAN
Directeurs adjoints, centre hospitalier de Blois

MOTS-CLÉS
police
maison d'arrêt
conventions
détenus
sécurité

Conventions hôpital - police - justice

L'expérience du centre hospitalier de Blois

L'hôpital n'est plus un sanctuaire. À l'instar d'autres services publics, il fait face, depuis plusieurs années, à une violence urbaine à laquelle ses missions d'accueil et de soins ne l'avaient pas préparé. Au cours de l'année 2006, nous avons présenté les dispositifs mis en place par le CHRU de Lille et le CHU de Nice. Dans notre édition d'octobre, Sophie Gromb, chef du service de médecine légale au CHU de Bordeaux, analysait les situations susceptibles d'échanges entre hôpital, police et justice. Nous vous proposons aujourd'hui de partager l'expérience du centre hospitalier de Blois. L'établissement, désireux d'asseoir ses relations avec ces deux institutions, a signé avec leurs services respectifs deux conventions de fonctionnement.

L'agressivité des personnes malades, les professionnels de santé la connaissent et la maîtrise assez bien. Mais que faire face à la violence gratuite d'un groupe de jeunes venant régler des comptes avec une bande rivale, au sein même d'un service d'urgence? Ils sont démunis.

Cela est arrivé au CH de Blois. Bien sûr, l'hôpital dispose d'une équipe de sécurité. Bien sûr, des actions de formations[1] ont été délivrées ces dernières années. Bien sûr, une réflexion approfondie a conduit à des solutions architecturales et d'équipement… Reste que ces dispositions trouvent parfois leurs limites.

Une convention a été élaborée entre l'hôpital et la police nationale. Elle fixe le cadre précis de l'intervention des uns et des autres dans certaines situations jugées particulièrement sensibles. Au-delà d'une simple formalisation des relations, cette convention consolide les liens traditionnels entre service public hospitalier et service public de police ; elle renforce chacun d'entre eux. Dans cet esprit, l'établissement a éprouvé le besoin d'établir une autre convention de fonctionnement, avec comme partenaire la maison d'arrêt, et comme objet la prise en charge de la santé des détenus. Car ceux-ci ne sont pas des patients comme les autres : ils appellent des dispositions qu'il est impératif d'avoir sereinement élaborées en concertation.

1. Ces formations relatives à la prévention et à la gestion des situations de violence ont été menées auprès de trois cents agents.

Avec la police nationale

La convention signée entre le centre hospitalier et la police nationale est la déclinaison locale d'un protocole signé le 12 août 2005 entre le ministre de l'Intérieur et le ministre de la Santé.
Prenant acte que l'hôpital n'est plus un lieu épargné par les actes de violence, ce protocole vise à mieux coordonner l'action des forces de police et des services hospitaliers en vue d'améliorer la sécurité quotidienne des patients et des professionnels.
Dans ce cadre, et sur la base des relations existantes, la convention passée entre le centre hospitalier et la police nationale de Blois détermine au plan local les modalités de cette collaboration renforcée. Elle s'articule principalement autour de quatre orientations.

Conditions d'intervention de la police dans l'hôpital

Pour assurer la sécurité dans ses murs, l'établissement dispose de moyens propres : sous l'autorité du directeur, une équipe de sécurité assure 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 la surveillance des lieux - sans pour autant avoir la possibilité de faire usage de la force. Un système de vidéosurveillance a été installé après autorisation préfectorale au service des urgences. Il permet en cas d'infraction de disposer d'éléments de preuve.
Les forces de police n'ont pas vocation à être sollicitées en première intention. Leur intervention doit s'effectuer après épuisement des ressources internes et à la demande du responsable de l'équipe de sécurité (sauf danger imminent autorisant le personnel hospitalier à appeler directement la police).
La notion de « situation de danger », définie de façon large (de la menace verbale à l'agression physique), est laissée à l'appréciation de l'établissement.
En dehors d'une sollicitation ponctuelle par l'équipe de sécurité, les forces de l'ordre sont autorisées à effectuer des rondes de surveillance dans l'enceinte de l'établissement. Assurées régulièrement, elles ont une fonction dissuasive à l'égard de comportements malveillants.

Itinéraires de sécurité

Les missions d'escorte de détenus exposent à des risques de violence qu'il est possible de réduire de deux façons :

- en définissant des itinéraires d'accès (au service des urgences principalement) distincts de ceux du public. Ils permettent d'éviter une confrontation directe qui est aussi parfois mal vécue par les usagers ;
- en informant préalablement de cette venue l'équipe de sécurité et le service hospitalier concerné. À l'arrivée de la police, un membre du personnel hospitalier organise l'accueil et la conduite directe vers un box réservé. En fonction des informations préalablement communiquées, les modalités de la prise en charge sont adaptées.

Traitement judiciaire des infractions

En cas d'agression, le personnel hospitalier hésite parfois à déposer plainte, s'interrogeant sur l'intérêt de cette démarche ou craignant d'être par la suite inquiété par l'auteur de l'infraction.
La convention signée avec la police nationale permet désormais au centre hospitalier de déposer directement plainte pour l'infraction commise, même en l'absence de dépôt de plainte du personnel. Durant l'audition, l'agent concerné, qu'il soit victime ou témoin, se voit proposer une domiciliation à l'hôpital.
Cette disposition permet à l'établissement de mieux assurer la mission de protection qui est la sienne à l'égard de ses équipes. Effectué systématiquement, ce dépôt de plainte institutionnel marque la volonté de la direction, auprès du personnel comme des usagers, de ne pas laisser se développer en toute impunité des actes de violence au sein de l'hôpital.

« Correspondants sécurité »

Afin de poursuivre et d'améliorer la collaboration engagée à la faveur de cette convention, un « correspondant sécurité » est désigné au sein de chacun des deux services publics.
Un dialogue privilégié leur permet de prévenir et de gérer les situations de violence auxquelles l'établissement de santé se trouve confronté dans son fonctionnement quotidien.

Avec la maison d'arrêt

La formalisation d'une collaboration entre l'hôpital et la maison d'arrêt de Blois a été engagée suite à différents incidents survenus lors de la prise en charge médicale de détenus dans l'enceinte hospitalière.
Du fait d'une hospitalisation ou d'une simple consultation, les professionnels hospitaliers et pénitentiaires sont amenés à travailler de concert auprès d'une même personne. Pour les premiers, il s'agit d'un patient qui a besoin de soins. Pour les seconds, cette personne est un détenu qui continue d'effectuer sa peine et, à ce titre, connaît des restrictions dans ses déplacements et relations.
Par conséquent, au-delà d'une convention institutionnelle posant le principe d'une collaboration réciproque, est apparue la nécessité d'élaborer un protocole opérationnel. Celui-ci définit la conduite à tenir pour chacun des professionnels, en vue de concilier au mieux leurs missions respectives. Il traite trois points sensibles

>> À lire dans nos précédentes éditions

- Sophie GROMB, « Relations hôpital - police - justice », *Revue hospitalière de France* n° 512, septembre-octobre 2006.
- Philippe JEAN, « Protection des personnels hospitaliers », *Revue hospitalière de France* n° 509, mars-avril 2006.
- Audrey STANEK, Martine MOURA, « Halte aux violences à l'hôpital », *Revue hospitalière de France* n° 509, mars-avril 2006.
- Laure SANTORI, NELLY BLANCHET, « Urgences au CHU de Nice : accompagnement multifacette », *Revue hospitalière de France* n° 509, mars-avril 2006.

La convention signée avec la police nationale permet au centre hospitalier de déposer directement plainte pour l'infraction commise, même en l'absence de dépôt de plainte du personnel. Durant l'audition, l'agent concerné, qu'il soit victime ou témoin, se voit proposer une domiciliation à l'hôpital.

dans la prise en charge d'un patient détenu : l'information, la circulation intra-hospitalière et le colloque médical.

Information

Comme tout patient, un détenu bénéficie du droit à l'information sur son état de santé et au secret des informations médicales le concernant à l'égard des tiers. Mais pour des raisons évidentes de sécurité (risque d'évasion), une certaine discrétion doit être scrupuleusement respectée dans l'organisation de sa prise en charge.

Le patient détenu doit rester dans l'ignorance de la date et de l'heure d'une prochaine consultation ou d'une hospitalisation. Cette consigne n'est pas exempte de difficultés d'application : en cas d'intervention chirurgicale programmée par exemple, il importe d'informer au préalable le futur opéré des consignes à respecter (jeûne notamment).

Il est également souhaitable de restreindre le nombre de professionnels informés. Ceci passe notamment par l'adoption d'une procédure particulière de saisie informatique de ces informations, afin d'en limiter l'accessibilité.

Cette exigence de discrétion est encore plus forte à l'égard de la famille et des proches. Pour toute demande d'information (et de visite), l'équipe soignante comme les personnels d'accueil ou du standard inviteront les personnes à s'adresser à l'administration de la maison d'arrêt. La présence du patient détenu dans l'établissement est censée rester confidentielle.

Circulation intra-hospitalière

La circulation dans l'établissement doit être organisée, non seulement pour des raisons de sécurité, mais aussi en vue de préserver la dignité du patient détenu. L'emploi de moyens de contention et la présence d'agents en uniforme représentent par ailleurs une situation peu commune dans l'enceinte d'un hôpital. Il convient d'en préserver autant que possible les autres patients et usagers, aux yeux desquels elle peut apparaître choquante.

C'est pourquoi l'équipe de sécurité est toujours présente à l'occasion d'une extraction médicale, afin d'accueillir et d'accompagner l'escorte. Elle veille ainsi à limiter le temps d'attente dans les lieux publics (devant l'ascenseur notamment). Dans le même esprit, les consultations et examens sont de préférence organisés en début de programme, lorsque les consultants et visiteurs sont moins nombreux.

>> Une meilleure gestion des événements

« La philosophie de la convention passée avec l'hôpital de Blois est celle d'un partenariat dynamique et loyal. L'objectif commun est de traiter plus efficacement les incidents tout en veillant à une gestion intelligente des ressources humaines disponibles. Dans nos institutions aux budgets contraints, requérir à bon escient les services de police est devenu indispensable. Nos interventions auprès des équipes hospitalières y gagnent en efficacité, les personnels de l'hôpital acquièrent une meilleure gestion des événements et bénéficient d'un accompagnement pertinent répondant à leurs besoins réels. C'est pourquoi nous avons défini ensemble et en amont le diagnostic propre à chacune de nos institutions : quels sont les problèmes réels ? Quelles sont les ressources humaines disponibles ? Quelles sont les meilleures modalités d'intervention par rapport à nos contraintes de métier ?
Le contexte local est bien sûr déterminant dans la stratégie mise en œuvre. Les moyens de sécurité dont dispose un CHU ne sont pas ceux d'un centre hospitalier de moyenne ou petite taille. La configuration des sites, leur histoire, leur ancrage dans la cité sont autant de spécificités de proximité dont il faut tenir compte. De même pour les services de police. Une bonne convention est donc celle qui adapte intelligemment les moyens au contexte. Le partenariat engagé avec l'hôpital de Blois est en ce sens tout à fait satisfaisant. Le conseil que je donnerai aux administrations qui réfléchissent à la mise en œuvre de telles conventions est de ne pas chercher à rédiger un catalogue trop détaillé des cas de figure susceptibles de se poser (dresser un inventaire exhaustif des situations rencontrées serait présomptueux et contre-productif). Un texte lisible est en tous points préférable. D'autant que les hospitaliers ne sont pas tous des spécialistes du droit pénal : les conduites à tenir face à des situations d'ivresse, de toxicomanie ou de troubles psychiatriques ne sont rien moins qu'évidentes.
Au-delà et pour les années à venir, les partenaires que nous sommes auront sans doute l'ardente obligation d'œuvrer ensemble sur des préoccupations communes : la lutte contre les conduites addictives ou la prise en charge des maladies mentales, par exemple. Les problèmes posés par l'un et l'autre de ces champs en termes de prise en charge comme de sécurité publique vont croissant. J'ajouterai à ces deux points l'amélioration de l'accueil et du soutien des victimes d'agressions sexuelles, notamment chez les enfants.
Un vaste chantier reste donc ouvert aux partenariats policiers. »

Patrick Meynier, commissaire divisionnaire
Direction départementale de la Sécurité publique du Loir-et-Cher
Propos recueillis par Catherine Bonhomme

Colloque médical

C'est au niveau du fameux colloque singulier patient/médecin que la conciliation entre le statut de patient et celui de détenu est la plus délicate. Se pose ici la question des moyens de contention à maintenir et de la place de l'escorte.
Juridiquement, le patient détenu est sous la seule responsabilité de l'escorte : il n'appartient qu'à cette dernière d'apprécier, au regard de la dangerosité de l'individu, si le retrait des moyens de contention est envisageable. En cas de divergence de points de vue, le médecin peut refuser d'assurer l'examen mais il ne peut passer outre.
La conciliation des contraintes de chacun résulte d'un dialogue entre les deux professionnels. Si des conditions particulières de sécurité sont nécessaires, il est préférable d'engager cette concertation en amont. Une communication préalable entre la maison d'arrêt et les services hospitaliers se révélera alors précieuse.
De même quant à la place de l'escorte lors de la consultation ou de l'examen. En fonction du type de prise en charge et de la configuration des locaux, il convient de déterminer les conditions dans lesquelles s'exerce la surveillance du détenu.
Pour une consultation, il est prévu que l'escorte n'assiste pas à l'entretien médical. Celle-ci doit en revanche se tenir à proximité du lieu de consultation, afin d'intervenir rapidement en cas de besoin.
Lors d'un examen d'imagerie (avec le cas particulier de l'IRM qui nécessite le retrait de tout objet métallique) ou d'une intervention chirurgicale, la place de l'escorte doit être préalablement définie afin que la conduite de chacun soit connue et acceptée de l'autre.

Qu'il s'agisse de la police ou de la maison d'arrêt, la démarche de conventionnement a un double mérite pour un établissement de santé. Elle permet de mieux faire connaître les contraintes de chacun. Poser des règles de fonctionnement mutuel qui, en définissant la conduite à tenir par les professionnels, permet de prévenir tout incident ou malentendu. Elle est surtout l'occasion d'engager un dialogue et de construire une relation de confiance entre services publics partenaires. La démarche sera pérenne et évolutive en fonction de l'expérience acquise. ■

Avec la maison d'arrêt, un protocole traite trois points sensibles dans la prise en charge d'un patient détenu : l'information, la circulation intra-hospitalière et le colloque médical.

DDSP du Loir-et-Cher

Patrice LORSON
Président de l'ANHL
Réunie le 30 novembre à l'occasion du 3e forum national de l'hôpital local, l'assemblée générale de l'ANHL a élu un nouveau président, Jean-Mathieu Defour

En collaboration avec
Laurent TARDIF
Adysta Conseil
Jérôme LE BRIERE
Élève directeur à l'ENSP

MOTS-CLÉS
hôpital local
ANHL
pôles ruraux
bassins de vie
offre de soins

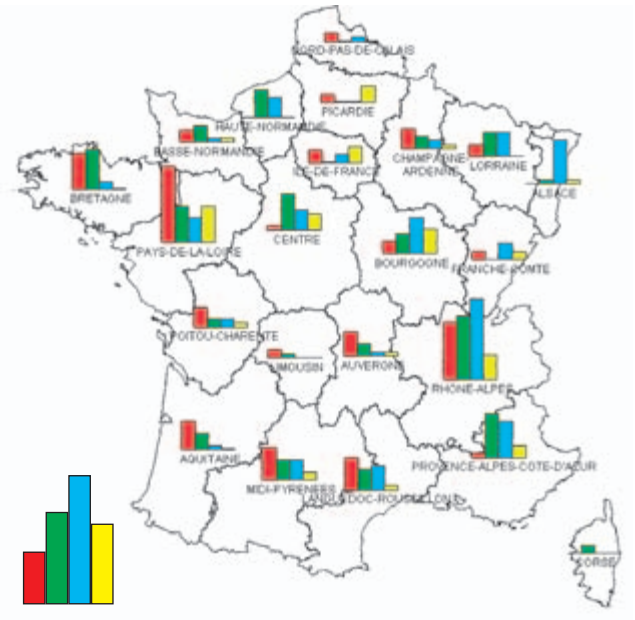
Hôpital local
L'équipement sanitaire des pôles ruraux

La définition d'un « nouveau format hospitalier de proximité » émerge des récents débats nationaux sur la restructuration nationale de l'offre de soins. Il s'agit de définir les niveaux pertinents, la graduation de la prise en charge et les ressources locales mobilisables. Une étude commandée par l'Association nationale des hôpitaux locaux a analysé dans cette perspective leur activité, fonctionnement et zone d'attractivité.

Les hôpitaux locaux sont au cœur de territoires regroupant une vingtaine de communes. C'est le premier enseignement de l'étude présentée les 30 novembre et 1er décembre derniers à l'occasion du forum national de l'association, et réalisée en avril 2006 auprès de 139 hôpitaux locaux, situés dans quatre régions. Effectuée à partir de l'offre en nombre de lits, validée par les calculs d'attractivité PMSI (médecine et soins de suite 2004 et SAE 2004), elle établit que les établissements s'inscrivent dans l'aire d'attraction des différents services d'aides à la personne (médecins généralistes, services d'aide à domicile…) et, plus particulièrement, dans les activités concernant les personnes âgées et atteintes de maladies chroniques.
Elle démontre que la taille et les services offerts sont divers et que leur multiplicité dépasse l'activité de médecine et de soins de suite. Elle confirme que le rapport au domicile est primordial, que l'attractivité des lits de court séjour et de soins de suite dépend de la capacité globale de l'établissement. Enfin, elle précise qu'une capacité critique peut être définie.
Alors que la répartition régionale des hôpitaux locaux paraissait aléatoire, ou répondant à une logique historique, l'étude caractérise cette répartition, quelles que soient les régions, comme une réponse aux besoins spécifiques des bassins de vie des pôles ruraux polarisés [1]. En d'autres termes, l'hôpital local est l'équipement sanitaire des pôles ruraux.
Un pôle rural polarisé sur deux abrite un hôpital local, tandis qu'un territoire rural non polarisé sur dix abrite un hôpital local.
En outre, si 83 % des centres hospitaliers sont situés dans des bassins de vie urbains, une centaine d'entre eux s'inscrivent aussi dans des pôles ruraux polarisés. Dans leur majorité, ils ne développent plus de chirurgie et réalisent moins de 2 000 entrées complètes en 2004.

1. La DATAR a fait réaliser en 2002 un découpage du territoire national en 1916 bassins de vie sur le fondement de l'accès à un « panier » de services (services publics, écoles commerces…). Ces bassins de vie sont classés, selon la nature de leur commune pôle : pôle urbain, pôle rural polarisé, pôle rural non polarisé.
Les bassins qualifiés de pôles ruraux polarisés sont définis comme n'appartenant pas à l'espace urbain et offrant au moins 1 500 emplois ; ils ont une taille moyenne d'environ 13 000 habitants et regroupent environ 20 communes.

>> Répartition des hôpitaux locaux selon la nature des activités et des capacités



Typologie des HL
- MED ≥ 10 et SSR ≥ 15
- 1 ″ MED et 1 ″ SSR ″ 14
- soit MED soit SSR
- ni MED ni SSR

Source: Laurent Tardif, Adysta Conseil. Enquête réalisée auprès de 139 établissements, résultats complets disponibles sur le site www.anhl.asso.fr.

Plutôt qu'une approche par les structures, la compréhension des besoins des petits territoires permet de définir les missions et la place des « centres hospitaliers locaux » dans l'organisation des soins.

Plateforme en construction

Si la fermeture prévue des services de chirurgie et des petites maternités des pôles ruraux se réalise, les prestations offertes se rapprocheraient fortement de celles des hôpitaux locaux les plus dynamiques. On peut dès lors formuler une hypothèse invitant à dessiner les contours d'une nouvelle plateforme hospitalière et médico-sociale de proximité: le regroupement d'hôpitaux locaux répondant à une offre d'immédiate proximité et de centres hospitaliers présentant des paramètres d'activité proches.

Le contenu et le périmètre d'activité de cette plateforme de soins sont à géométrie variable en fonction du contexte local et de la capacité à se situer dans une filière de soins graduée.

Le développement de cette offre de soins de proximité passe par la construction d'une plateforme médicale et paramédicale disposant d'un plateau technique, adossée à une structure d'hospitalisation médicale complète. Elle peut devenir un lieu de regroupement des médecins généralistes et spécialistes, des professionnels paramédicaux et sociaux. Elle peut constituer ainsi l'outil médical de premier recours assurant des soins de première intention. Son périmètre d'activité et sa nature juridique restent à définir.

Ses infrastructures, ses lits, ses bâtiments, son système d'information et ses personnels peuvent être valorisés dans le cadre d'un système local de santé à l'échelle de ces territoires.

Plutôt qu'une approche par les structures, la compréhension des besoins des petits territoires permet de définir les missions et la place des « centres hospitaliers locaux » dans l'organisation des soins.

Définir les missions de cette future structure hospitalière suppose de dépasser la simple observation de l'offre et de comprendre les besoins et attentes des citoyens résidant à proximité. La définition d'un panier d'activités permettrait alors une orientation de l'offre répondant effectivement aux besoins et aux attentes de la population. Il s'agit d'adapter l'offre de soins aux besoins et d'orienter le patient vers la structure la plus adaptée dans le cadre du principe de subsidiarité. L'ANHL est prête à engager l'hôpital local comme membre fondateur de cette nouvelle structure. ■

>> Répartition des hôpitaux locaux selon les disciplines autorisées et les capacités

	Établissements		Capacités		
Disciplines	**Effectifs**	**%**	**Nbre de lits**	**%**	**Lits/Ets**
Médecine	251	70,7	3498	5,6	13,9
Soins de suite	267	75,2	6094	9,8	22,8
dont réadaptation fonctionnelle	*16*	*4,5*	*571*	*0,9*	*35,7*
Autres soins de suite	*259*	*73,0*	*5523*	*8,9*	*21,3*
Unité de soins de longue durée	276	77,7	13983	22,5	50,7
Hébergement	333	93,8	38667	62,1	116,1
Personnes âgées	*328*	*92,4*	*34308*	*55,1*	*104,6*
Autres disciplines sociales médico-sociales	*132*	*37,2*	*4359*	*7,0*	*33,0*
Ensemble	**355**	**100,0**	**62242**	**100,0**	**175,3**

NB: la SAE 2004 ne renseigne pas les capacités de deux hôpitaux locaux: le centre médical départemental F. et M. Mercier, commune de Tronget, et l'hôpital de Gamay-en-Bray.
En conséquence, la présentation des capacités des hôpitaux locaux est réalisée sur la base des 355 hôpitaux renseignés.

>> Répartition des hôpitaux locaux selon le nombre total de lits autorisés et la répartition en disciplines

	Nbre	Médecine		Soins de Suite		USLD		Hébergement	
Capacité totale	**Ets**	**% d'Ets**	**Nbre lits**	**% d'Ets**	**Nbre lits**	**% d'Ets**	**Nbre lits**	**% d'Ets**	**Nbre lits**
Moins de 100 lits	64	53,1	10,2	62,5	15,3	71,9	31,3	79,7	45,9
De 100 à 199 lits	166	68,7	12,1	74,1	19,2	72,9	42,7	95,8	98,4
De 200 à 299 lits	96	79,2	16,1	82,3	25,5	85,4	58,7	97,9	150,1
Plus de 300 lits	29	93,1	20,4	86,2	44,2	93,1	94,7	100	226,4
Ensemble	**355**	**70,7**	**13,9**	**75,2**	**22,8**	**77,7**	**50,7**	**93,8**	**116,1**

Patrice LORSON
Président de l'ANHL
Réunie le 30 novembre à l'occasion du 3e forum national de l'hôpital local, l'assemblée générale de l'ANHL a élu un nouveau président, Jean-Mathieu Defour

En collaboration avec
Laurent TARDIF
Adysta Conseil
Jérôme LE BRIERE
Élève directeur à l'ENSP

MOTS-CLÉS
hôpital local
ANHL
pôles ruraux
bassins de vie
offre de soins

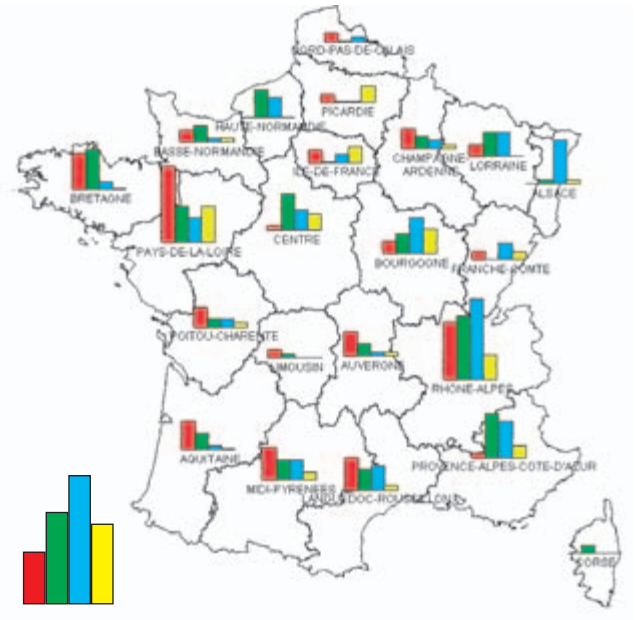
Hôpital local
L'équipement sanitaire des pôles ruraux

La définition d'un « nouveau format hospitalier de proximité » émerge des récents débats nationaux sur la restructuration nationale de l'offre de soins. Il s'agit de définir les niveaux pertinents, la graduation de la prise en charge et les ressources locales mobilisables. Une étude commandée par l'Association nationale des hôpitaux locaux a analysé dans cette perspective leur activité, fonctionnement et zone d'attractivité.

Les hôpitaux locaux sont au cœur de territoires regroupant une vingtaine de communes. C'est le premier enseignement de l'étude présentée les 30 novembre et 1er décembre derniers à l'occasion du forum national de l'association, et réalisée en avril 2006 auprès de 139 hôpitaux locaux, situés dans quatre régions. Effectuée à partir de l'offre en nombre de lits, validée par les calculs d'attractivité PMSI (médecine et soins de suite 2004 et SAE 2004), elle établit que les établissements s'inscrivent dans l'aire d'attraction des différents services d'aides à la personne (médecins généralistes, services d'aide à domicile…) et, plus particulièrement, dans les activités concernant les personnes âgées et atteintes de maladies chroniques.
Elle démontre que la taille et les services offerts sont divers et que leur multiplicité dépasse l'activité de médecine et de soins de suite. Elle confirme que le rapport au domicile est primordial, que l'attractivité des lits de court séjour et de soins de suite dépend de la capacité globale de l'établissement. Enfin, elle précise qu'une capacité critique peut être définie.
Alors que la répartition régionale des hôpitaux locaux paraissait aléatoire, ou répondant à une logique historique, l'étude caractérise cette répartition, quelles que soient les régions, comme une réponse aux besoins spécifiques des bassins de vie des pôles ruraux polarisés [1]. En d'autres termes, l'hôpital local est l'équipement sanitaire des pôles ruraux.
Un pôle rural polarisé sur deux abrite un hôpital local, tandis qu'un territoire rural non polarisé sur dix abrite un hôpital local.
En outre, si 83 % des centres hospitaliers sont situés dans des bassins de vie urbains, une centaine d'entre eux s'inscrivent aussi dans des pôles ruraux polarisés. Dans leur majorité, ils ne développent plus de chirurgie et réalisent moins de 2 000 entrées complètes en 2004.

1. La DATAR a fait réaliser en 2002 un découpage du territoire national en 1916 bassins de vie sur le fondement de l'accès à un « panier » de services (services publics, écoles commerces…). Ces bassins de vie sont classés, selon la nature de leur commune pôle : pôle urbain, pôle rural polarisé, pôle rural non polarisé.
Les bassins qualifiés de pôles ruraux polarisés sont définis comme n'appartenant pas à l'espace urbain et offrant au moins 1 500 emplois ; ils ont une taille moyenne d'environ 13 000 habitants et regroupent environ 20 communes.

>> Répartition des hôpitaux locaux selon la nature des activités et des capacités



Typologie des HL
- MED ≥ 10 et SSR ≥ 15
- 1 ″ MED et 1 ″ SSR ″ 14
- soit MED soit SSR
- ni MED ni SSR

Source: Laurent Tardif, Adysta Conseil. Enquête réalisée auprès de 139 établissements, résultats complets disponibles sur le site www.anhl.asso.fr.

Plutôt qu'une approche par les structures, la compréhension des besoins des petits territoires permet de définir les missions et la place des « centres hospitaliers locaux » dans l'organisation des soins.

Plateforme en construction

Si la fermeture prévue des services de chirurgie et des petites maternités des pôles ruraux se réalise, les prestations offertes se rapprocheraient fortement de celles des hôpitaux locaux les plus dynamiques. On peut dès lors formuler une hypothèse invitant à dessiner les contours d'une nouvelle plateforme hospitalière et médico-sociale de proximité: le regroupement d'hôpitaux locaux répondant à une offre d'immédiate proximité et de centres hospitaliers présentant des paramètres d'activité proches.

Le contenu et le périmètre d'activité de cette plateforme de soins sont à géométrie variable en fonction du contexte local et de la capacité à se situer dans une filière de soins graduée.

Le développement de cette offre de soins de proximité passe par la construction d'une plateforme médicale et paramédicale disposant d'un plateau technique, adossée à une structure d'hospitalisation médicale complète. Elle peut devenir un lieu de regroupement des médecins généralistes et spécialistes, des professionnels paramédicaux et sociaux. Elle peut constituer ainsi l'outil médical de premier recours assurant des soins de première intention. Son périmètre d'activité et sa nature juridique restent à définir.

Ses infrastructures, ses lits, ses bâtiments, son système d'information et ses personnels peuvent être valorisés dans le cadre d'un système local de santé à l'échelle de ces territoires.

Plutôt qu'une approche par les structures, la compréhension des besoins des petits territoires permet de définir les missions et la place des « centres hospitaliers locaux » dans l'organisation des soins.

Définir les missions de cette future structure hospitalière suppose de dépasser la simple observation de l'offre et de comprendre les besoins et attentes des citoyens résidant à proximité. La définition d'un panier d'activités permettrait alors une orientation de l'offre répondant effectivement aux besoins et aux attentes de la population. Il s'agit d'adapter l'offre de soins aux besoins et d'orienter le patient vers la structure la plus adaptée dans le cadre du principe de subsidiarité. L'ANHL est prête à engager l'hôpital local comme membre fondateur de cette nouvelle structure. ■

>> Répartition des hôpitaux locaux selon les disciplines autorisées et les capacités

	Établissements		Capacités		
Disciplines	**Effectifs**	**%**	**Nbre de lits**	**%**	**Lits/Ets**
Médecine	251	70,7	3498	5,6	13,9
Soins de suite	267	75,2	6094	9,8	22,8
dont réadaptation fonctionnelle	*16*	*4,5*	*571*	*0,9*	*35,7*
Autres soins de suite	*259*	*73,0*	*5523*	*8,9*	*21,3*
Unité de soins de longue durée	276	77,7	13983	22,5	50,7
Hébergement	333	93,8	38667	62,1	116,1
Personnes âgées	*328*	*92,4*	*34308*	*55,1*	*104,6*
Autres disciplines sociales médico-sociales	*132*	*37,2*	*4359*	*7,0*	*33,0*
Ensemble	**355**	**100,0**	**62242**	**100,0**	**175,3**

NB: la SAE 2004 ne renseigne pas les capacités de deux hôpitaux locaux: le centre médical départemental F. et M. Mercier, commune de Tronget, et l'hôpital de Gamay-en-Bray.
En conséquence, la présentation des capacités des hôpitaux locaux est réalisée sur la base des 355 hôpitaux renseignés.

>> Répartition des hôpitaux locaux selon le nombre total de lits autorisés et la répartition en disciplines

	Nbre	Médecine		Soins de Suite		USLD		Hébergement	
Capacité totale	**Ets**	**% d'Ets**	**Nbre lits**	**% d'Ets**	**Nbre lits**	**% d'Ets**	**Nbre lits**	**% d'Ets**	**Nbre lits**
Moins de 100 lits	64	53,1	10,2	62,5	15,3	71,9	31,3	79,7	45,9
De 100 à 199 lits	166	68,7	12,1	74,1	19,2	72,9	42,7	95,8	98,4
De 200 à 299 lits	96	79,2	16,1	82,3	25,5	85,4	58,7	97,9	150,1
Plus de 300 lits	29	93,1	20,4	86,2	44,2	93,1	94,7	100	226,4
Ensemble	**355**	**70,7**	**13,9**	**75,2**	**22,8**	**77,7**	**50,7**	**93,8**	**116,1**

Pierre GILIBERT
Directeur général
Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier

En collaboration avec le
Cabinet Ambroise Bouteille et Associés

MOTS-CLÉS
hôpital public
formation
cotisation
ANFH

Mobilisation pour la formation
L'ANFH renforce son action

L'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), association chargée de collecter et gérer les fonds de la formation permanente des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux, verra sa capacité de soutien au secteur se renforcer en 2007. Son conseil d'administration a en effet décidé de porter la cotisation des adhérents à 2,1 % de leur masse salariale, soit la totalité de leur contribution minimale obligatoire. Cette décision a pour objectif d'élargir les moyens collectifs du secteur pour la formation, et de renforcer les politiques communes.

L'obligation réglementaire de consacrer 2, 1 % de la masse salariale à la formation existe depuis 1990. La part gérée par l'ANFH a été élargie par paliers, afin de favoriser le développement d'une dynamique commune en faveur de la formation dans le secteur (*cf.* schéma 1). Les enjeux majeurs de la gestion des ressources humaines auxquels est confronté le monde public hospitalier sont à l'origine de la décision de porter la cotisation ANFH à ce taux.

L'évolution des métiers, pour suivre la modification des organisations, des techniques, et de la demande sociale, est aujourd'hui incontournable. Ce chantier sera particulièrement délicat à piloter, dans un contexte de départs massifs à la retraite d'ici 2015, d'importantes difficultés de recrutement et d'élargissement des attentes des bénéficiaires.

La décision de verser la totalité de la contribution obligatoire à l'ANFH devrait avoir plusieurs effets positifs. Elle permettra de renforcer et d'améliorer l'efficacité des politiques communes en matière de ressources humaines et de développement de compétences. En particulier, l'accès aux études promotionnelles, indispensable pour former les professionnels qualifiés de demain, sera favorisé.

Cette collecte globale rendra également plus lisibles les efforts de formation réalisés par le secteur, vis-à-vis de la tutelle, des partenaires, des agents, du grand public. Ceci devrait favoriser la recherche de partenariats, notamment avec les conseils régionaux, pour obtenir des cofinancements sur certaines formations prioritaires.

Nouvelles règles de gestion

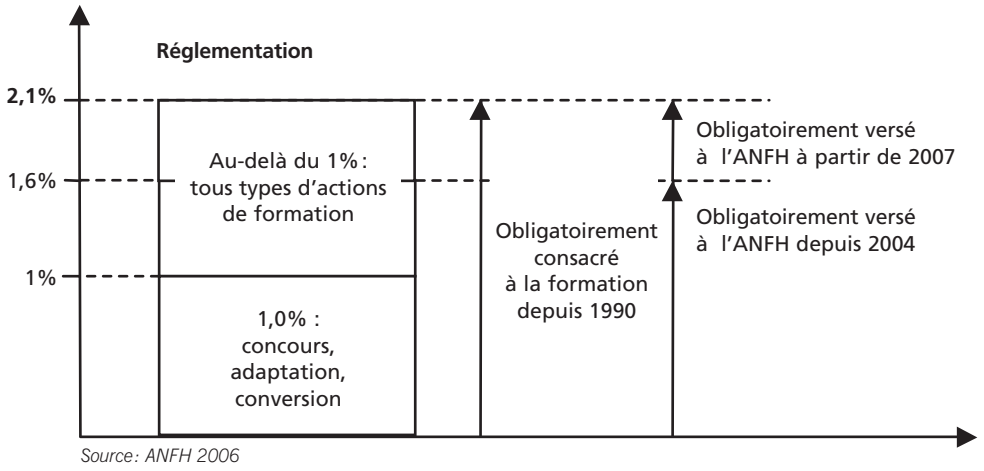
L'ANFH a fixé plusieurs principes pour mieux répondre aux attentes des établissements :

- **simplifier la gestion**, et renforcer l'autonomie des établissements dans l'utilisation de leur budget. La fongibilité des fonds autorisée par les textes a été rétablie et des mécanismes pour faciliter la gestion financière des actions de formation pluriannuelles ont été mis en place ;
- **donner de larges marges de manœuvre** aux instances régionales de l'ANFH pour définir les règles d'utilisation des fonds mutualisés. Les critères de prise en charge sont ainsi adaptés au mieux aux besoins de chaque territoire.

Ces principes dictent la répartition de la nouvelle cotisation de 2,1 % en quatre grandes enveloppes (*cf.* schéma 2) :

- **85 % au minimum de la cotisation pour l'établissement** afin qu'il puisse financer ses actions de formation de toute nature ;

>> Évolution des cotisations - Schéma 1


Réglementation
2,1%
1,6%
1%
Au-delà du 1% : tous types d'actions de formation
1,0% : concours, adaptation, conversion
Obligatoirement consacré à la formation depuis 1990
Obligatoirement versé à l'ANFH à partir de 2007
Obligatoirement versé à l'ANFH depuis 2004

Source : ANFH 2006

- **deux enveloppes mutualisées** gérées par les instances paritaires régionales de l'ANFH :
  - ➪ *5,1 % aux études promotionnelles* : les fonds mutualisés dédiés à ce type d'actions seront augmentés, permettant à l'ANFH d'aider davantage les établissements qui ont des besoins,
  - ➪ *4 % pour financer des actions collectives* de formation ou apporter une aide complémentaire aux établissements, en fonction des priorités régionales définies par les instances ;
- **5,9 %, dédiés au financement des actions collectives** de formation proposées au niveau national, aux actions visant à développer la formation et aux frais de fonctionnement de l'ANFH.

Exigences renforcées pour l'ANFH

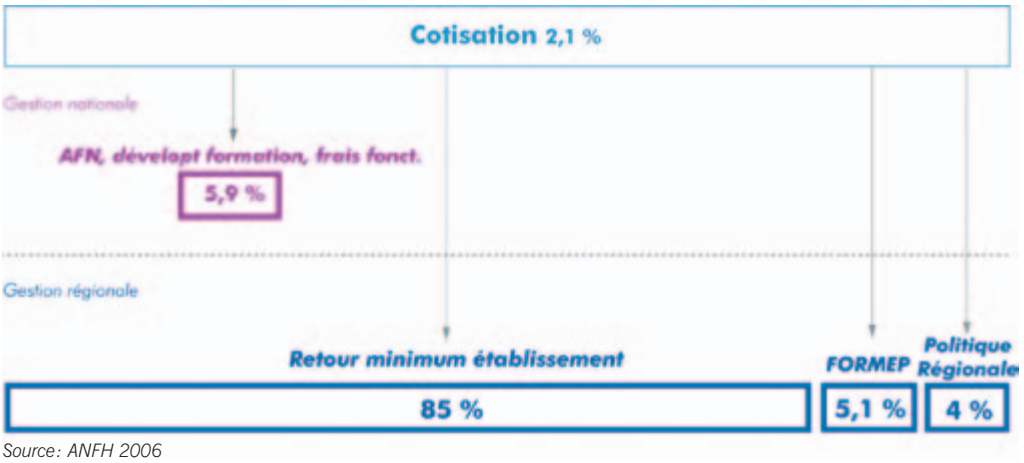
Le développement de la formation dans le secteur passe par un fonctionnement optimal des équipes de l'ANFH pour remplir leur mission. C'est pourquoi la direction de l'association a engagé de grands chantiers internes, aujourd'hui en phase de finalisation.

En premier lieu, l'ANFH travaille à la refonte du système d'information. L'objectif est de développer les services apportés aux adhérents en matière de gestion du plan de formation, notamment par la mise à disposition d'un logiciel dédié, y compris pour les plus petites structures ; mais aussi d'offrir, à terme, des services accessibles en ligne, pour remplir les formulaires, suivre son budget, etc.

Le développement de la gestion des compétences des personnels ANFH constitue un autre grand chantier avec la formalisation de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) et le développement de la formation continue.

L'élaboration de la politique de communication de l'association vers ses adhérents est en cours d'achèvement et devrait aboutir fin 2006 à une refonte de certains supports pour une parution plus fréquente et attractive.

>> Répartition de la cotisation - Schéma 2



Source : ANFH 2006

Accompagner les adhérents

Outre l'aide à la gestion et les actions collectives de formation déjà évoqués, les délégations régionales sont à la disposition des adhérents et de leurs agents pour leur apporter une expertise technique et juridique sur tout le champ de la formation. La volonté de l'ANFH est d'accompagner au plus près les adhérents par des services adaptés.

Elle se positionnera par ailleurs de plus en plus sur la recherche et la gestion de cofinancements extérieurs. En particulier, elle souhaite développer un rôle d'ingénierie financière pour les projets de formation de ses adhérents, en identifiant et combinant les différentes sources de financements possibles.

Enfin, l'association poursuivra l'animation de réseaux de professionnels en charge de la formation dans les établissements (via l'organisation de groupes de travail, de journées d'actualité…). L'objectif est de favoriser les échanges d'expériences, d'idées et de projets. Ces différents éléments seront développés dans le plan stratégique de l'ANFH, en cours d'élaboration.

Enjeu d'avenir

La mobilisation forte du secteur en faveur du développement de la formation continue est engagée. Le défi est de taille, comme le rappellent les élus de l'ANFH : « *Nous sommes persuadés que le développement de la formation dans notre secteur, grâce à un effort collectif et solidaire, est indispensable au maintien dans notre pays d'une politique de santé publique de qualité.* » ■

Pour obtenir des précisions techniques sur le 2,1 %, la liste des délégués régionaux est consultable sur www.anfh.asso.fr, « Vie des régions ».

Pierre GILIBERT
Directeur général
Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier

En collaboration avec le
Cabinet Ambroise Bouteille et Associés

MOTS-CLÉS
hôpital public
formation
cotisation
ANFH

Mobilisation pour la formation
L'ANFH renforce son action

L'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), association chargée de collecter et gérer les fonds de la formation permanente des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux, verra sa capacité de soutien au secteur se renforcer en 2007. Son conseil d'administration a en effet décidé de porter la cotisation des adhérents à 2,1 % de leur masse salariale, soit la totalité de leur contribution minimale obligatoire. Cette décision a pour objectif d'élargir les moyens collectifs du secteur pour la formation, et de renforcer les politiques communes.

L'obligation réglementaire de consacrer 2, 1 % de la masse salariale à la formation existe depuis 1990. La part gérée par l'ANFH a été élargie par paliers, afin de favoriser le développement d'une dynamique commune en faveur de la formation dans le secteur (*cf.* schéma 1). Les enjeux majeurs de la gestion des ressources humaines auxquels est confronté le monde public hospitalier sont à l'origine de la décision de porter la cotisation ANFH à ce taux.

L'évolution des métiers, pour suivre la modification des organisations, des techniques, et de la demande sociale, est aujourd'hui incontournable. Ce chantier sera particulièrement délicat à piloter, dans un contexte de départs massifs à la retraite d'ici 2015, d'importantes difficultés de recrutement et d'élargissement des attentes des bénéficiaires.

La décision de verser la totalité de la contribution obligatoire à l'ANFH devrait avoir plusieurs effets positifs. Elle permettra de renforcer et d'améliorer l'efficacité des politiques communes en matière de ressources humaines et de développement de compétences. En particulier, l'accès aux études promotionnelles, indispensable pour former les professionnels qualifiés de demain, sera favorisé.

Cette collecte globale rendra également plus lisibles les efforts de formation réalisés par le secteur, vis-à-vis de la tutelle, des partenaires, des agents, du grand public. Ceci devrait favoriser la recherche de partenariats, notamment avec les conseils régionaux, pour obtenir des cofinancements sur certaines formations prioritaires.

Nouvelles règles de gestion

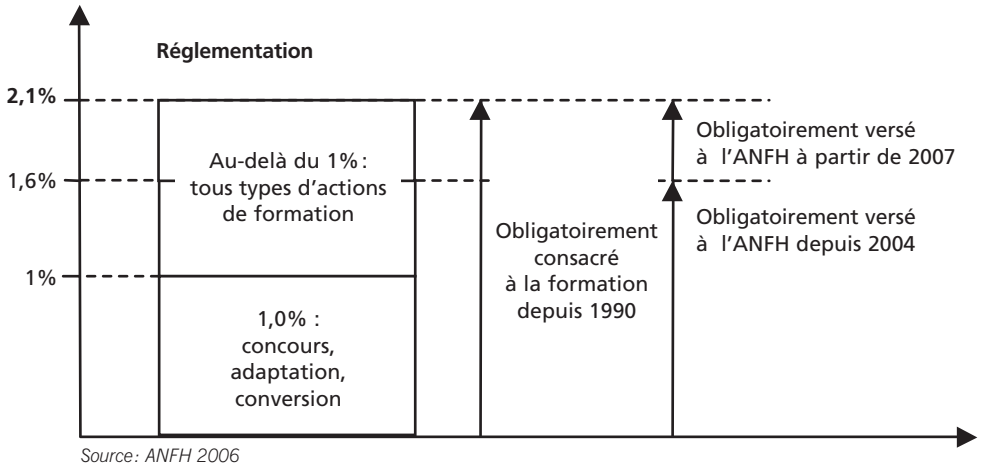
L'ANFH a fixé plusieurs principes pour mieux répondre aux attentes des établissements :

- **simplifier la gestion**, et renforcer l'autonomie des établissements dans l'utilisation de leur budget. La fongibilité des fonds autorisée par les textes a été rétablie et des mécanismes pour faciliter la gestion financière des actions de formation pluriannuelles ont été mis en place ;
- **donner de larges marges de manœuvre** aux instances régionales de l'ANFH pour définir les règles d'utilisation des fonds mutualisés. Les critères de prise en charge sont ainsi adaptés au mieux aux besoins de chaque territoire.

Ces principes dictent la répartition de la nouvelle cotisation de 2,1 % en quatre grandes enveloppes (*cf.* schéma 2) :

- **85 % au minimum de la cotisation pour l'établissement** afin qu'il puisse financer ses actions de formation de toute nature ;

>> Évolution des cotisations - Schéma 1


Réglementation
2,1%
1,6%
1%
Au-delà du 1% : tous types d'actions de formation
1,0% : concours, adaptation, conversion
Obligatoirement consacré à la formation depuis 1990
Obligatoirement versé à l'ANFH à partir de 2007
Obligatoirement versé à l'ANFH depuis 2004

Source : ANFH 2006

- **deux enveloppes mutualisées** gérées par les instances paritaires régionales de l'ANFH :
  - ➪ *5,1 % aux études promotionnelles* : les fonds mutualisés dédiés à ce type d'actions seront augmentés, permettant à l'ANFH d'aider davantage les établissements qui ont des besoins,
  - ➪ *4 % pour financer des actions collectives* de formation ou apporter une aide complémentaire aux établissements, en fonction des priorités régionales définies par les instances ;
- **5,9 %, dédiés au financement des actions collectives** de formation proposées au niveau national, aux actions visant à développer la formation et aux frais de fonctionnement de l'ANFH.

Exigences renforcées pour l'ANFH

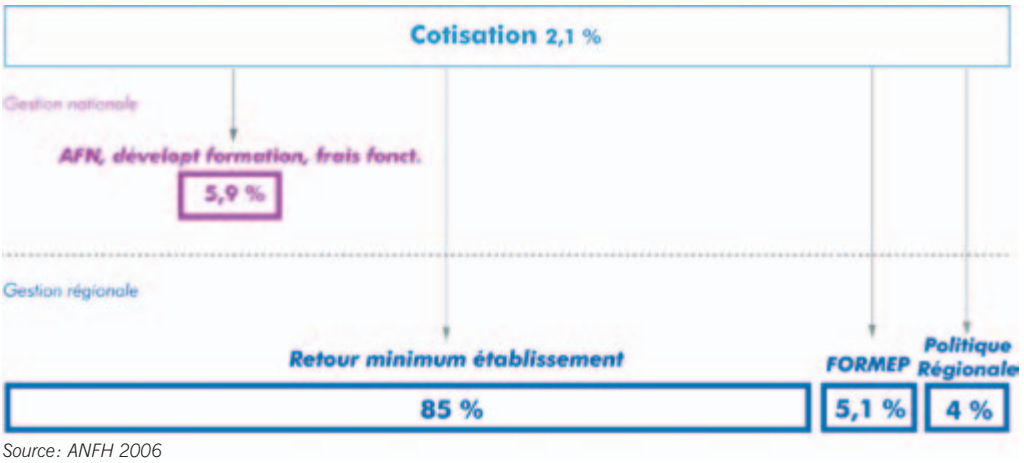
Le développement de la formation dans le secteur passe par un fonctionnement optimal des équipes de l'ANFH pour remplir leur mission. C'est pourquoi la direction de l'association a engagé de grands chantiers internes, aujourd'hui en phase de finalisation.

En premier lieu, l'ANFH travaille à la refonte du système d'information. L'objectif est de développer les services apportés aux adhérents en matière de gestion du plan de formation, notamment par la mise à disposition d'un logiciel dédié, y compris pour les plus petites structures ; mais aussi d'offrir, à terme, des services accessibles en ligne, pour remplir les formulaires, suivre son budget, etc.

Le développement de la gestion des compétences des personnels ANFH constitue un autre grand chantier avec la formalisation de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) et le développement de la formation continue.

L'élaboration de la politique de communication de l'association vers ses adhérents est en cours d'achèvement et devrait aboutir fin 2006 à une refonte de certains supports pour une parution plus fréquente et attractive.

>> Répartition de la cotisation - Schéma 2



Source : ANFH 2006

Accompagner les adhérents

Outre l'aide à la gestion et les actions collectives de formation déjà évoqués, les délégations régionales sont à la disposition des adhérents et de leurs agents pour leur apporter une expertise technique et juridique sur tout le champ de la formation. La volonté de l'ANFH est d'accompagner au plus près les adhérents par des services adaptés.

Elle se positionnera par ailleurs de plus en plus sur la recherche et la gestion de cofinancements extérieurs. En particulier, elle souhaite développer un rôle d'ingénierie financière pour les projets de formation de ses adhérents, en identifiant et combinant les différentes sources de financements possibles.

Enfin, l'association poursuivra l'animation de réseaux de professionnels en charge de la formation dans les établissements (via l'organisation de groupes de travail, de journées d'actualité…). L'objectif est de favoriser les échanges d'expériences, d'idées et de projets. Ces différents éléments seront développés dans le plan stratégique de l'ANFH, en cours d'élaboration.

Enjeu d'avenir

La mobilisation forte du secteur en faveur du développement de la formation continue est engagée. Le défi est de taille, comme le rappellent les élus de l'ANFH : « *Nous sommes persuadés que le développement de la formation dans notre secteur, grâce à un effort collectif et solidaire, est indispensable au maintien dans notre pays d'une politique de santé publique de qualité.* » ■

Pour obtenir des précisions techniques sur le 2,1 %, la liste des délégués régionaux est consultable sur www.anfh.asso.fr, « Vie des régions ».

Emmanuel Vigneron
Responsable de l'Atelier Santé
Institut des hautes études de développement et d'aménagement des territoires européens

Avec la collaboration de
Benoît Péricard
co-responsable de l'atelier,
et de **Jean-Michel Budet, Francis Fellinger, Anne Fritsch-Renard, Dominique Hoorens, Isabelle Massin, Paul Mourier, Jean-François Savy, Nicole Gibourdel,** *auditeurs 2006.*
Ainsi que de **Pierre Chabbas, Gérard Massé, Bernard Charpentier,** *intervenants à l'Atelier.*

MOTS-CLÉS
territoires
système de santé
financement

Les territoires au chevet de la santé

L'accès à la santé est, et c'est bien compréhensible, l'une des préoccupations majeures de nos concitoyens. Cet accès est aussi, en raison du préambule de la Constitution de 1946, au cœur du pacte républicain, dont il est un ciment essentiel. Cette préoccupation se mêle aux questions d'exigence de qualité et de sécurité formulées par les Français et du financement du système de santé. Financement, que l'on peut nous envier sans doute, mais qui est aussi très coûteux, trop coûteux même en ce qu'il contribue à l'endettement de notre pays.

Alors que notre système de santé coûte chaque année de plus en plus cher et qu'on pourrait au moins en attendre des résultats améliorés, loin de se réduire, les inégalités d'accès à la santé demeurent et même, pour certaines, se creusent. Elles ont aujourd'hui les causes les plus diverses :

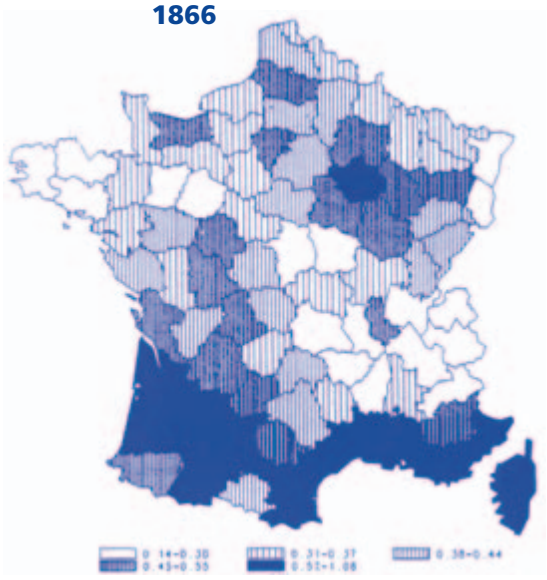
- **raréfaction de ce qu'un euphémisme désigne sous le nom de « démographie médicale »**, qu'il s'agisse des médecins généralistes, de certaines spécialités ou des chirurgiens ;
- **délaissement du monde rural** par les professionnels de santé, désaffection pour les petits hôpitaux de la part des chirurgiens et… des patients ;
- **captation de la chirurgie par les établissements privés** avec les dangers d'une atteinte au libre choix, voire d'une médecine à deux vitesses représentée par le secteur II à honoraires libres, majoritaire en cliniques ;
- **dangereux déficits dans les établissements publics et notamment dans les CHU** alors que leur rôle régional est incontestable et indispensable ;
- **atomisation de la recherche médicale, en dehors de l'Île-de-France,** alors que ses coûts sont sans commune mesure avec ce qu'ils étaient il y a trente ans et que la concurrence internationale s'aiguise.

Parce qu'ils ne trouvent pas de solutions adaptées, ces problèmes sont la cause, en raison du *statu quo* prévalant, de surcoûts énormes. Or, la liste que nous venons de dresser permet de le constater, les problèmes se posent à des échelles géographiques différentes : posons-les à la bonne échelle car ce sont aussi des questions d'aménagement du territoire. Et gageons que, par l'application de solutions là où il le faut et non en pratiquant un dispendieux saupoudrage de ressources, il y aurait là moyen de maîtriser sur le long terme les dépenses de santé. Un tel effort est d'autant plus urgent que se profile à

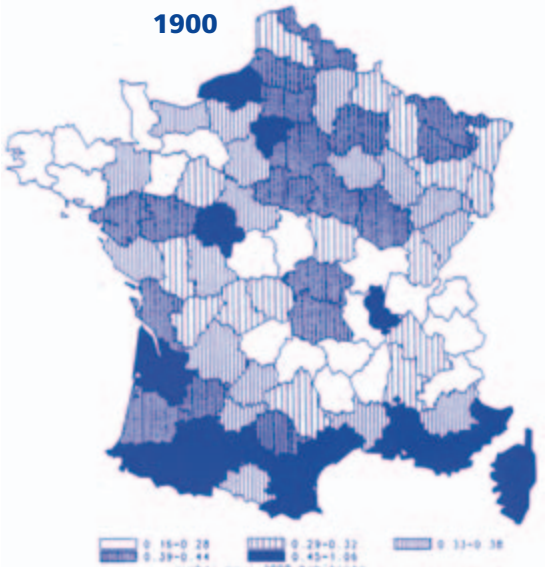
>> Démographie médicale: au moins 150 ans d'opposition Nord-Sud

Densités départementales de médecins pour 1 000 habitants

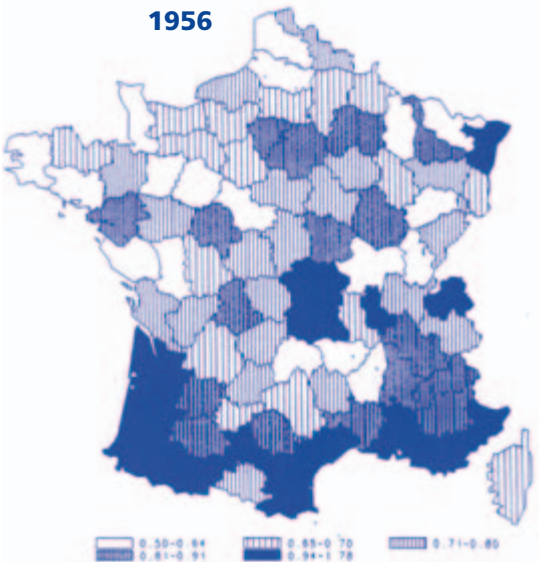
1866



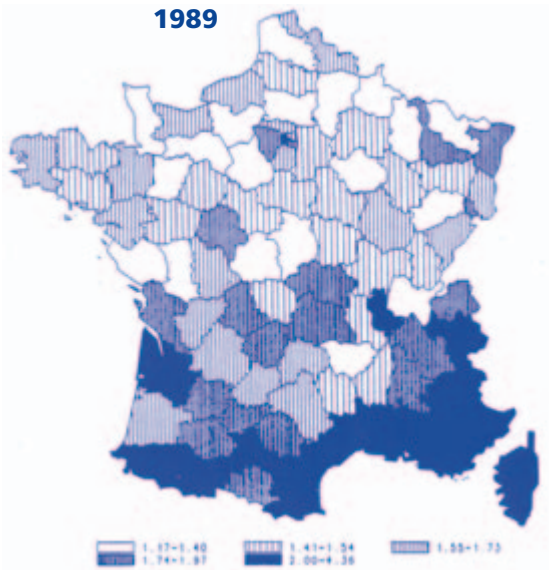
1900



1956



1989



Source : Tonnelier CREDES, 1989.

l'horizon un problème plus grand encore, celui d'une captation des efforts au profit des seules personnes âgées. Toujours plus nombreuses et donc politiquement influentes, elles apparaissent comme collectivement riches par leur patrimoine et de plus en plus par une capitalisation effectuée au détriment de la solidarité intergénérationnelle.

Cinq niveaux de territoires de santé doivent être distingués. Paradoxalement, celui qui est le plus proche de chacun d'entre nous, celui de notre quotidien, est aussi le plus délaissé car notre système de santé est d'abord un système de soins auquel on n'a pas, en général, un recours très fréquent. Cependant, la France détient, avec le Portugal, le triste record européen de la plus forte mortalité prématurée (accidents, suicides mais aussi cancers et maladies cardio-vasculaires). Pour l'essentiel, cette mortalité est liée aux comportements individuels ou de groupe, à des habitudes alimentaires ou plus généralement de vie.

Il est temps de faire de notre espace quotidien - quartier, écoles, lycées, bureaux, entreprises, villages - des lieux où chacun trouvera un interlocuteur susceptible de lui ouvrir les portes du système de santé et de le conseiller. Cette tâche d'éducation à la santé et de prévention primaire incombe à la nation tout entière dans ses multiples composantes. Les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), en lien avec les hôpitaux locaux, les structures associatives, le ministère de l'Éducation nationale au sein des établissements, seraient les mieux placées pour organiser cette mission à partir d'un financement national assurant l'égalité des citoyens. Il importe aussi que les professionnels placés en première ligne, notamment les infirmiers et les médecins généralistes, soient présents.

Démographie médicale et zones désertifiées

Près de 10 % des cantons français, regroupant plus de 10 % de la population, disposent d'une offre infirmière insuffisante. Pour conduire ces cantons au niveau du reste de la France, 2 800 postes d'infirmiers seulement seraient nécessaires. Bien sûr, ces postes doivent être territorialement fléchés.

Il en va de même des médecins généralistes dans les banlieues défavorisées et en milieu rural ainsi que des spécialistes dans les villes petites et moyennes

ou dans les zones périurbaines. Face à ce problème, que tous les élus locaux connaissent bien, de nombreuses mesures ont été proposées : aides à l'installation, exercice de groupe… Malgré leurs effets incontestables, elles ne parviennent pas à endiguer la crise. Pour autant, en finir avec la liberté d'installation ou le conventionnement automatique n'est ni réaliste ni peut-être même souhaitable. Les attitudes de rejet massif par les étudiants des postes d'internat en médecine générale ont montré les limites d'une réforme qui voulait favoriser cette filière en l'érigeant au rang de spécialité. Sans doute les aides publiques mériteraient-elles d'être plus conséquentes afin d'être plus attractives ? Ne pourrait-on pas songer à des aides d'un autre type, comme l'aide aux études, sur le modèle de ce que furent les IPES [1] de l'Éducation nationale, afin de pourvoir des postes fléchés ? Ceci pourrait se faire en étendant le champ d'application des articles 108 et 109 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux. De même, une jonction réelle entre les champs cloisonnés du secteur médical et du secteur social permettrait de vivifier le tissu des organisations pluridisciplinaires de soins et de services sociaux qui se constituent ici et là, de manière souvent spontanée mais peu accompagnée : ils préfigurent ce que pourraient être des « maisons du bien-être ». S'agissant des médecins spécialistes, la réorganisation du concours national de l'internat en six ou sept concours interrégionaux (avec post-internat dans l'interrégion de succès au concours) est une solution : elle pourrait prendre le nom de « post-internat de service public ».

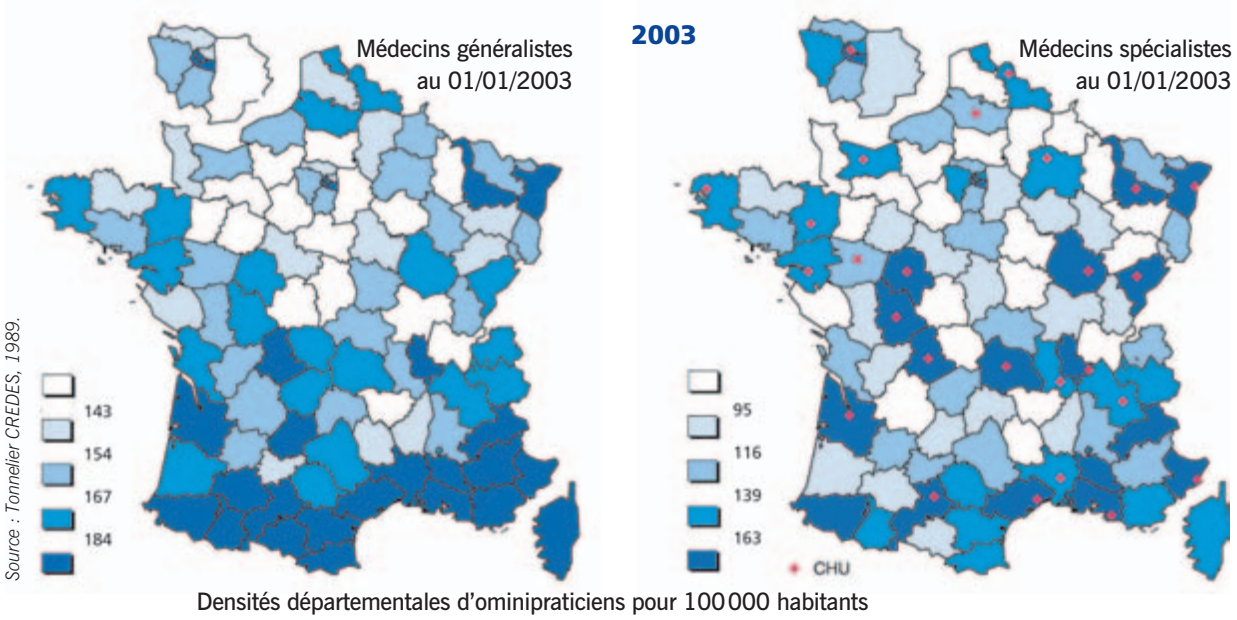
Soins, chirurgie et territoires

Deuxième problème, deuxième échelle : alors que le tissu hospitalier a plutôt tendance à se rétracter, la chronicité de nombreuses maladies s'impose comme une nouvelle donne vis-à-vis d'un système de santé historiquement fondé sur l'aigu et déplace le champ de la pathologie vers celui de la physiologie. La maladie chronique exige du soin autant que des soins, de l'accompagnement autant que du traitement. Cette prise en charge ne requiert souvent pas de grands moyens techniques. Elle a toutes les raisons d'être organisée en proximité.

Des hôpitaux locaux, des centres hospitaliers où la chirurgie n'est plus pratiquée se sont déjà réorganisés en ce sens pour le plus grand bien des malades et sans perte d'emploi. Leur exemple doit être généralisé. Le territoire doit être maillé d'hôpitaux locaux. Portes

> La chronicité de nombreuses maladies s'impose comme une nouvelle donne vis-à-vis d'un système de santé historiquement fondé sur l'aigu. Elle déplace le champ de la pathologie vers celui de la physiologie.

1. Ce modèle existait alors au sein même de l'université, avec les Instituts de préparation aux enseignements du second degré (IPES).



Source : Tonnelier CREDES, 1989.

Densités départementales d'ominipraticiens pour 100 000 habitants

d'entrées hospitalières, ils permettent d'aiguiller au bon endroit, au bon moment, d'assurer la permanence des soins, partout et pour tous, le repos et la convalescence post-interventionnelle, au plus près du domicile et de la famille. Ces établissements de proximité doivent être positionnés comme des satellites autour des hôpitaux de recours. Environ quatre cents existent en France mais ils sont très inégalement répartis sur le territoire ; cent cinquante à deux cents établissements supplémentaires seraient nécessaires pour assurer un maillage complet.

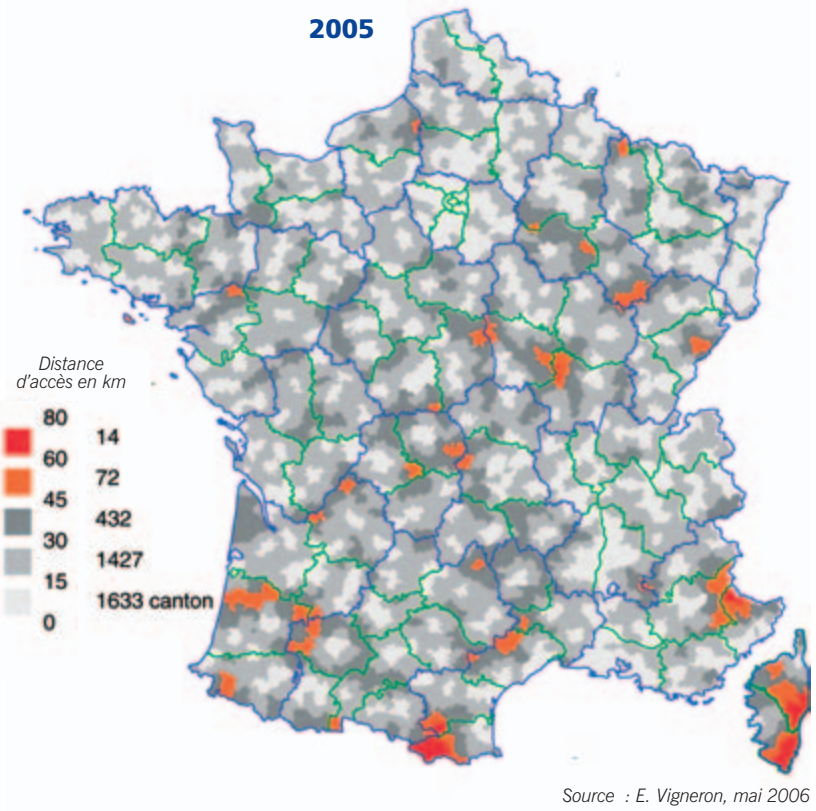
La chirurgie d'aujourd'hui, et celle de demain plus encore, n'a plus rien à voir avec celle d'hier. La chirurgie n'existe plus ; il existe désormais des chirurgies et la frontière avec les autres disciplines est abolie. Radiologues et médecins pratiquent des actes interventionnels sous anesthésie. Nous n'allons plus, comme par le passé, consulter des chirurgiens généraux opérant une hanche le matin, un urètre à 10 heures et un foie à midi. Nous nous confions désormais à des spécialistes de telle ou telle partie du corps. Pour cette raison, nous devons accepter qu'il n'y ait pas de tout partout, car tout n'est pas possible partout. Ceci se comprend tant pour des raisons de coût, de disponibilité des hommes que de nécessité pour la qualité de l'intervention d'un volume d'actes conséquent. Dès lors nous devons accepter - n'ayons pas peur du mot - une profonde restructuration des services chirurgicaux allant dans le sens d'une sécurité et d'une qualité accrue pour tous. Mais disons-le tout aussi nettement, cette restructuration ne peut se faire à la hache, au détriment des plus petits établissements

Nous devons accepter une profonde restructuration des services chirurgicaux allant dans le sens d'une sécurité et d'une qualité accrue pour tous. Mais cette restructuration ne peut se faire à la hache, au détriment des plus petits établissements

>> Emmanuel Vigneron L'inventeur du « bassin de santé »

Professeur d'aménagement à l'université de Montpellier, Emmanuel Vigneron a été directeur scientifique du Groupe de prospective santé et gerritoires de la DATAR. Il est conseiller scientifique du même organisme (DIACT) et secrétaire national de l'Association des anciens auditeurs de l'Institut des hautes études de l'aménagement et du développement durable des territoires. Auteur de plusieurs dizaines d'ouvrages - dont trois Que sais-je ? - et de plusieurs atlas, Emmanuel Vigneron est aussi engagé dans l'action de terrain. Il a notamment participé à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire du Nord-Pas-de-Calais, de Franche-Comté, d'Auvergne, du Languedoc-Roussillon, de la Polynésie française, des Pays de la Loire, de Poitou-Charentes, de Bourgogne pour lesquels il est intervenu comme expert, ainsi qu'à l'élaboration de programmes d'allocation des ressources médicales en Bretagne, Languedoc-Roussillon, Franche-Comté pour le compte des CRAM et des URCAM. Il a développé, à partir des questions d'organisation du système de santé, de nombreux concepts utilisés dans le domaine de la programmation des services publics. Travaillant pour le compte de la DIACT à des missions prospectives ou d'évaluation d'intérêt national, il est l'inventeur, au début des années 1990 de la notion de « bassin de santé » aujourd'hui adoptée par tous et désormais définie sous le nom de « territoires de santé ».

>> Distance d'accès aux sites publics de chirurgie avant et après



Source : E. Vigneron, mai 2006

où se pratique la chirurgie et où il est impossible d'ouvrir des services de spécialité. Des activités de substitution doivent être systématiquement mises en place pour remplacer celles disparues. Il y a là beaucoup à faire, tant en matière de consultations avancées que de soins de suite et de réadaptation ou d'activités nouvelles autour de la prise en charge des maladies chroniques. On a eu besoin de ces hôpitaux à un moment donné, des hommes et des femmes y ont été recrutés pour y travailler. Il n'est pas acceptable de les laisser tomber alors qu'on aurait tant besoin d'eux pour de nouvelles tâches aujourd'hui insuffisamment couvertes. Les exemples de restructuration aboutis témoignent que l'emploi et la qualité du service médical rendu à la population n'ont jamais été perdants dès lors que l'on s'inscrit dans une attitude active d'investissements accompagnant le développement de nouvelles activités de soins et de prévention.

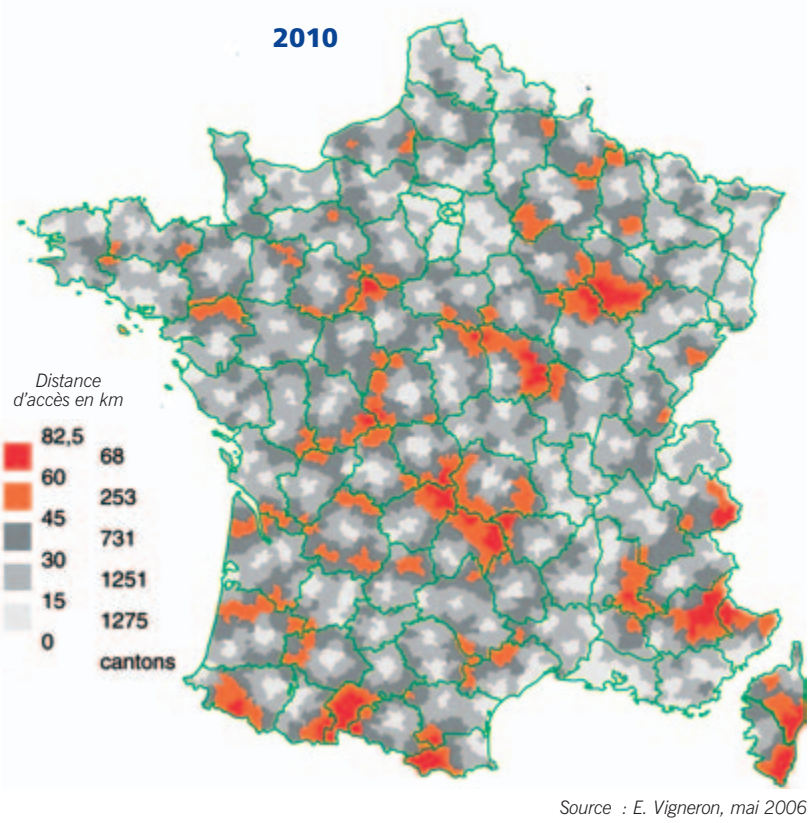
Redéfinition des modes de prise en charge

L'inévitable restructuration de la chirurgie ne doit pas non plus s'opérer au détriment du niveau de recours aux soins des patients des zones concernées. Or, il est établi que la distance aux soins est inversement liée dans notre pays au recours aux soins et au retard de soins, du fait du découragement qu'elle crée. Cela se fait sentir nettement à partir de quarante-cinq minutes d'éloignement. Dès lors, la restructuration doit s'accompagner d'une redéfinition des modes de prise en charge et d'accès à la chirurgie. Des protocoles de prise en charge, notamment en urgence, doivent être définis partout.

Un service public de transport sanitaire, individuel ou de petit collectif, lié aux établissements comme le sont les SAMU pour l'urgence, pourrait être créé. Il importe aussi de développer les transports sanitaires héliportés qui ne le sont pas assez comme le reconnaissait la circulaire lançant les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de troisième génération. Pour cela, il s'agit de relier les établissements au sein d'un pool hospitalier de bassin. Ceci passe par la télémédecine mais plus encore peut-être par des réformes juridiques rattachant les établissements non plus à leur commune d'implantation mais à des collectivités d'échelle plus vaste. Cent cinquante à deux cents de ces bassins peuvent se reconnaître sur notre territoire. Il n'y aurait rien de révolutionnaire à aller au-delà de la dernière grande réforme territoriale qui unifiait les hôpitaux publics sur le territoire communal : elle date de l'an V de la république !

Pour rendre acceptable par tous ce réaménagement, des normes devraient être discutées puis clairement énoncées. Il en existe paradoxalement très peu dans le domaine de la santé alors que les normes techniques sont nombreuses à l'intérieur des établissements. D'ailleurs, les seuils d'activité prochainement fixés pour la chirurgie du cancer confirmeront l'urgence de cette réorganisation. Il importe en particulier de veiller à ce que l'accès au secteur conventionné, c'est-à-dire sans surcoût pour l'usager, soit effectif partout. Une telle restructuration plaide en faveur de l'élaboration d'une stratégie de groupe à l'échelon régional par les établissements publics et de l'instauration entre établissements publics de partenariats effectifs. Leur statut communal actuel ne le permet guère. À terme, c'est vers des établissements publics de territoire, comprenant plusieurs sites et intervenant jusqu'au domicile des patients atteints de maladies chroniques, qu'il faut se diriger.

les recompositions recommandées par le CNC en 2006



Source : E. Vigneron, mai 2006

Rôle des CHU

Créés par ordonnance en 1958, les CHU sont aujourd'hui fortement installés dans le paysage hospitalier français. Ils ont conquis un rôle régional de référence, souvent avec les cliniques qui leur sont voisines dans les capitales régionales. Aussi bizarre que cela puisse paraître, ce rôle de référence régional ne leur est pas réglementairement reconnu. Les CHU doivent aussi assurer un rôle d'établissement de proximité dans leur bassin en même temps que la lourde charge de la formation médicale. Ce rôle régional de référence doit leur être formellement reconnu avec les moyens afférents, et surtout la voix qui leur revient dans l'organisation régionale.

Promouvoir l'interrégionalité

En vingt-cinq ans, le prix moyen d'une publication scientifique de rang A en médecine a été multiplié par plus de cinquante du fait de l'explosion du tarif des équipements de recherche et de la complexification des protocoles cliniques. La médecine se spécialise toujours plus et les formations de plus en plus pointues supposent désormais l'itinérance dans plusieurs CHU. Parallèlement, l'héliotropisme et l'attraction pour les clientèles solvables continuent d'exercer des ravages. L'examen classant national (ECN) de l'internat est l'occasion d'un véritable hit-parade des régions où le soleil et d'autres considérations, pécuniaires notamment, priment trop souvent sur la qualité des postes offerts. Ainsi, au dernier ECN, le dernier poste proposé à Nice a été pourvu au choix des candidats avant que ne soit pris le premier à Nancy.

L'interrégionalité est une solution à ces problèmes : mutualisation des moyens de la recherche, formation « sac au dos » dans un espace accessible et reconnu, fixation naturelle des jeunes praticiens dans leur région d'internat. Par la force des choses, beaucoup d'organisations médicales se sont déjà interrégionalisées : soins rares, greffe, recherche clinique… Il existe presque autant de découpages interrégionaux que de thèmes abordés. Ce qu'il faut entreprendre ici ne coûte rien sinon une volonté partagée : il s'agit d'unifier autant que faire se peut les découpages interrégionaux et de les stabiliser en les appuyant sur des réalités, celles des collaborations entre équipes, celles des échanges entre CHU, de préférence à toute autre considération. Six à sept grandes régions apparaissent, capables de se mesurer à Paris et aux autres grandes régions européennes ou mondiales : les stabiliser est aussi les conforter, dans ce qui est l'un des domaines essentiels de la compétitivité française. Plusieurs de ces régions sont frontalières : malgré les difficultés d'ordre juridique, le « transfrontalier » doit être encouragé afin de renforcer encore les capacités.

Le premier des gaspillages est de dépenser ici ce qui devrait l'être là. Sur le long terme, il est aussi de ne pas investir là ce qui devrait l'être. Il en va de la santé, du bien-être et donc de la compétitivité et de la productivité des territoires. Poser les problèmes à leur bonne échelle et les traiter à cette échelle, c'est-à-dire pratiquer un aménagement sanitaire du territoire, est un moyen de relever le défi lancé à la pérennité de notre système de santé, celui du déficit de son financement.

Organiser la santé dans les territoires, de manière graduée et emboîtée, consiste aussi à placer la personne malade au cœur du système de soins et à veiller, par la maîtrise des filières de soins, à la compréhension globale du patient. Les cloisonnements actuels, hérités d'une vision organiciste, ne le permettent pas.

Depuis quelques années, particulièrement depuis la création des agences régionales d'hospitalisation (1997) qui ont rapproché la décision du terrain, beaucoup a été fait dans le sens de cette réorganisation de notre système de santé, sur des bases territoriales. Les travaux entrepris par la DATAR-DIACT, par le Commissariat au plan et par le ministère chargé de la Santé y ont largement contribué. Faute d'une vision d'ensemble, beaucoup de ces efforts demeurent dispersés. Il importe de les réunir dans un grand projet national. Et parce que cet échelon a fait la preuve de sa pertinence, de renforcer le pilotage régional de la santé. En unissant les efforts dans un même élan au service de tous, avec une architecture lisible, ce grand projet sera un élément fort de la refondation du pacte républicain. ■

>> En savoir plus

Pour une approche territoriale de la santé (dir.), Paris, DATAR/Aube, Bibliothèque des territoires. Préface de Claude Évin, 2003, 287 pages.

Santé et territoires : une nouvelle donne (dir.), Paris, DATAR/Aube, Bibliothèque des territoires. Préface de Jacques Barrot, 2003, 239 pages.

Les Territoires de l'hôpital (dir.), Paris, DATAR, 2005. www.datar.gouv.fr

Évaluation et territoires (co-dir. avec Sandrine Haas) Paris, DATAR/DIACT - La Documentation française, col. Travaux, à paraître décembre 2006.

Territorialité et santé mentale (avec Gérard Massé) Pluriels n°60, juillet 2006.

MOTS-CLÉS
Alzheimer
PAQUID
TCL
neuropsychiatrie
psychiatrie
gérontologie

Maladie d'Alzheimer
Du diagnostic précoce à l'accompagnement médico-social

Dans l'imaginaire collectif, la maladie est représentée au stade de la démence, phase pourtant tardive de son évolution. C'est néanmoins durant cette période qu'elle est le plus souvent prise en charge. Or, en traitant les patients dès les premiers symptômes, leur qualité de vie sera améliorée, tandis que les coûts directs comme indirects générés par cette pathologie pourront être réduits. Un diagnostic précoce est essentiel. En pratique, il est réalisé dans un cas sur deux.

La revue remercie les élèves directeurs de l'ENSP pour ce compte-rendu de la table ronde organisée le 18 mai 2006 par la Fédération hospitalière de France dans le cadre du Forum de l'hôpital public et du secteur social et médico-social.

Intervenants
Pr Jacques Touchon, *centre mémoire de ressources et de recherches (CMRR), CHU de Montpellier*
Dr Jean-Michel Dorey, *praticien hospitalier, psychiatre, service de neuro-psychogériatrie, CHU de Saint-Étienne*
Marie-Ange Lair, *cadre supérieur de santé, hôpital local de Mortain*
Françoise Juhel, *cadre de santé, hôpital local de Mortain*
Jean-Luc Noel, *psychologue, hôpital Sainte-Perrine, Paris*
Arlette Meyrieux, *présidente, France Alzheimer, Paris*
Marie-Jo Guisset, *fondation Médéric Alzheimer, Paris*

Décrétée grande cause nationale 2007, la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées touchent près de 860 000 personnes en France. Les signes du début de maladie sont caractérisés par des troubles cognitifs précoces (mémoire épisodique, troubles visio-spatiaux et du langage), des troubles psycho-comportementaux (désintérêt, isolement, apragmatisme, irritabilité) et diverses altérations de la vie quotidienne (difficulté à gérer les modes de transport, le téléphone, le budget…). Les troubles psycho-comportementaux sont assez communs et souvent perçus comme les symptômes d'une dépression. Leur association devrait pourtant conduire tout médecin à poser un diagnostic préalable à celui de la maladie d'Alzheimer, celui des troubles cognitifs légers (TCL). Ces derniers peuvent évoluer. Dans le meilleur des cas, vers un retour à la normale. Parfois vers la maladie d'Alzheimer, voire la démence.

Afin de diagnostiquer la maladie à son stade le plus précoce, des outils d'évaluation existent. Ils s'appuient sur l'analyse de la plainte du patient mais aussi sur la présence ou non des facteurs de risques associés à l'apparition de la maladie, l'état cognitif et le comportement global du sujet.

Facteurs de risque et outils diagnostiques

Les facteurs de risque d'apparition de la maladie sont aujourd'hui connus : sociologiques (âge, sexe, niveau socio-culturel et d'activité sociale) et médicaux (gène dit « de vulnérabilité », terrain vasculaire, traumatisme crânien) ou génétiques (antécédents familiaux). La grille PAQUID permet l'évaluation de la plainte. L'objectif général de cette étude épidémiologique est d'observer le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans et d'en distinguer les modalités normales et pathologiques. Il est aussi d'identifier les sujets à haut risque de détérioration physique ou intellectuelle chez lesquels une action préventive est possible.

Diverses séries de tests permettent d'évaluer l'état cognitif de la personne (tests des cinq mots, d'Isaac, de l'horloge…). L'imagerie, appliquée au cerveau des patients, qu'elle soit morphologique (structure du cerveau) ou fonctionnelle (fonctionnalité du cerveau), joue également un rôle dans le dépistage.

De manière générale, si les outils présentés autorisent un diagnostic plus précoce, tout comportement caractérisé par de l'apathie, de l'isolement, du désintérêt ou de l'irritabilité devrait alerter le médecin, qui analysera systématiquement toute plainte liée à une perte de mémoire.

Faute de diagnostic précoce, seuls 30 % des malades sont traités. 80 % vivent à domicile. Les familles en assument essentiellement la prise en charge.

Traitements

L'impact des symptômes sur la vie du patient et de son entourage est considérable. Il conduit le corps médical à traiter la maladie elle-même autant que la personne et ses familiers. Gériatres et psychiatres sont, dans cette prise en charge, complémentaires. Le rôle du psychiatre est de mener une action préventive, voire d'anticipation, face aux crises vécues par le patient et sa famille, tout au long du processus.

Le traitement est médicamenteux mais d'autres pistes sont explorées : depuis octobre 2006, des techniques de stimulation cognitive relatives aux troubles cognitifs légers sont évaluées ; l'impact des techniques relevant de l'art thérapie, notamment sur la progression des troubles sévères liés à la maladie, mériterait une étude approfondie.

Malgré ces perspectives et faute de diagnostic précoce, seuls 30 % des malades sont traités. 80 % vivent à domicile. Les familles en assument essentiellement la prise en charge.

Accompagnement

Le diagnostic est un moment clé susceptible de conduire à un emboîtement de crises familiales. Le psychiatre cherche avec l'entourage et le malade les solutions à mettre en place, suit le patient en période de crise, accompagne également les familles en détresse ou en perte de tolérance vis-à-vis du malade. L'hospitalisation, toujours effectuée de manière concertée, est le temps du bilan somatique et d'un entretien avec le patient et sa famille. À ce stade de la prise en charge, chacun parle ouvertement de ce qu'il vit et pense.

Le suivi est assuré en post-hospitalisation grâce au dialogue instauré tout au long du processus. Le retour à domicile implique de trouver le juste milieu entre une sur et sous-stimulation du patient, ajusté aux limites de l'aidant principal.

Plus les liens familiaux sont fragiles, plus le travail d'accompagnement est difficile. Un suivi adapté à chaque cas peut permettre de prévenir l'emboîtement des crises et le découragement des proches.

Les difficultés auxquelles sont confrontées les familles et leur besoin ponctuel d'être relayées sont à l'origine de solutions d'hébergement temporaire. Ces modalités institutionnelles souples présentent l'avantage de resocialiser le patient. Elles offrent aussi une intégration moins traumatisante dans la structure, en cas d'hébergement devenu permanent.

Les actions de Mortain, Bressieux, Sainte-Perrine

L'hôpital local de Mortain possède un accueil de jour et de nuit qui favorise, en milieu rural, le maintien à domicile de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Le projet date de 1998. Ces services représentent aujourd'hui deux places.

Les familles sont sécurisées. La structure offre une surveillance du patient. Elle bénéficie des services d'un réseau de professionnels médicaux et paramédicaux, notamment grâce au centre local d'information et de coordination (CLIC).

En cas d'évolution de la maladie rendant difficile le maintien à domicile, une unité de dix-sept lits animée par des aides- soignantes, infirmière, ergothérapeute [...] offre une nouvelle réponse. La prise en charge est ainsi adaptée à la situation familiale des aidants et à la pathologie des patients.

En Savoie, l'association départementale France Alzheimer a eu l'idée de créer un accueil de jour sous forme de club social. Quatre fois par semaine, le club de Bressieux propose un accueil de jour aux malades relativement autonomes. Pour y accéder, les formalités sont simples : présentation d'un dossier médical et deux jours d'observation dans l'enceinte du club. Les limites posées à la prise en charge de patients trop lourds (savoir manger seul est indispensable) s'expliquent par le caractère autonome et spontané de cette structure. Le personnel soignant et paramédical est salarié. La directrice, bénévole, souligne que les besoins commanderaient de créer un accueil de jour par canton.

D'autres initiatives locales naissent de la volonté d'accompagner davantage les patients et leur entourage.

L'hôpital Sainte-Perrine de l'AP-HP donne la parole, sur Internet, aux personnes âgées bénéficiant d'une prise en charge médicale une ou plusieurs fois par semaine au sein de l'hôpital de jour[1].

L'essentiel est de toujours présumer des capacités et des facultés de compréhension de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. La Fondation Médéric Alzheimer et la Fédération hospitalière de France valorisent ces actions associatives et institutionnelles qui créent un environnement favorable à l'expression, au recueil des choix et désirs des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Elles y contribuent notamment à travers un soutien financier et des prix décernés annuellement. ■

1. http://parolesurmemoire.aphp.fr

Edouard Bichier
Président de la CME du CH de Saumur
Secrétaire de la Conférence nationale des présidents de CME de CH

Francis Fellinger
Président de la CME du CH d'Haguenau
Président de la Conférence nationale des présidents de CME de CH

MOTS-CLÉS
gouvernance
évaluation médicale
centres hospitaliers

Mise en place de la nouvelle gouvernance
Évaluation dans 100 centres hospitaliers

La nouvelle gouvernance est confrontée à certaines difficultés de mise en œuvre. Une étude conduite par la Conférence nationale des présidents de centre hospitalier montre qu'un élément conditionne particulièrement sa réussite : la taille de l'établissement, avec un seuil critique estimé à 250 lits MCO.

La réforme hospitalière initiée par Jean-François Mattei, connue sous le nom d'Hôpital 2007, repose sur quatre piliers : la territorialité (SROS, projets médicaux de territoires), la réforme du financement (T2A, investissement), la réforme des statuts des dirigeants et cadres (directeurs, praticiens hospitaliers) et la mise en place de nouvelles organisations internes ; les organisations internes reposent sur les services depuis plus de cinquante ans. Aucune des réformes successives n'avait permis d'adapter ou de modifier cette structuration. Au fil du temps et pour des motifs complexes, promotions ou attractions de médecins, spécialisations notamment, ces services s'étaient multipliés et balkanisés, aboutissant parfois à des cloisonnements peu efficaces en termes de prise en charge ou médico-économiques.

La nouvelle organisation proposée associe une nouvelle géographie des instances, avec la création des conseils exécutifs (assortie d'un recentrage de la commission médicale d'établissement et du conseil d'administration, le comité technique d'établissement conservant ses attributions) et la mise en place des pôles d'activités comme structure opérationnelle de production médico-pharmaceutique, administrative technique ou logistique. Ces modifications organisationnelles doivent permettre une nouvelle gouvernance des établissements fondée sur une réflexion et un pilotage commun, médico-administratif.

La législation a encadré strictement le calendrier de mise en œuvre. Les établissements doivent constituer leur conseil exécutif (CE) en 2006, leurs pôles avant le 31 décembre 2006, nommer les responsables de pôles avant le 31 janvier 2007 et installer les conseils de pôles avant le 30 juin 2007.

L'enquête réalisée auprès des présidents de CME de 100 centres hospitaliers (CH) entre juillet et octobre 2006 a comme objectif principal d'évaluer la mise en œuvre effective de cette réforme et comme objectifs secondaires de préciser les difficultés éventuelles et les pistes d'accompagnement. L'échantillon reflète la grande hétérogénéité de taille des CH en France puisqu'on y trouve des hôpitaux ayant de 0 (SSR et USLD exclusifs) à 1 098 lits de court séjour MCO. La moitié des CH étudiés ont moins de 300 lits MCO.

Nous focalisons la synthèse des résultats sur le fonctionnement du conseil exécutif, la mise en place des pôles d'activité, l'adhésion des communautés médicales et pharmaceutiques à la réforme engagée ; nous essayerons de dégager les difficultés ressenties et quelques pistes destinées à faciliter l'appropriation nécessaire.

Le conseil exécutif

A priori, la constitution du conseil exécutif semble le point le plus simple à initier dans la réforme de la gouvernance, puisqu'il repose d'abord sur le directeur et le président de la CME qui en connaissent le sens et les modalités, et qui devraient en être les acteurs moteurs.

Un conseil exécutif (définitif ou provisoire) existe dans 80 % des CH interrogés. Dans un cas sur cinq, leur composition n'est pas

strictement conforme aux textes. Ces conseils exécutifs se réunissent le plus souvent une fois par mois, avec ordre du jour et compte-rendu dans 86 % des cas. La formalisation des réunions témoigne du positionnement de l'instance, considérée comme un lieu de travail et d'échange et d'une culture de la qualité désormais ancrée dans les hôpitaux. Toutefois, 20 % des CH n'ont pas de CE alors que cette instance est facile à installer (*a minima* un CE provisoire associant de façon informelle médecins et directeurs) et devrait officiellement être en place.

Dans près d'un cas sur deux, le recours au vote a lieu occasionnellement, systématiquement dans quelques cas. S'il n'est pas interdit, il n'est ni préconisé ni souhaité dans une instance de copilotage où la direction a voix prépondérante : l'esprit de la réforme la fonde sur le consensus après dialogue entre praticiens et administrateurs. Le vote systématique en CE, dans 8 % des cas, témoigne de difficultés de management et de positionnement respectif des équipes de direction administratives et médicales.

Les pôles d'activités

Ces organisations polaires sont beaucoup plus fréquentes dans les établissements les plus importants que dans les établissements de plus petite taille, près de la moitié des hôpitaux de moins de 250 lits MCO n'étant pas « pôlés ». Les petits CH ou CH de taille moyenne connaissent davantage de difficultés. Surtout, ils dégagent moins de plus-value à l'organisation polaire, ce qui était prévisible.

Les services médicaux (prises en charge) et médico-économiques (moyens mis en commun) sont logiquement à l'origine de la construction des pôles. Une logique d'affinité entre acteurs (ou de non-affinité) a également inspiré certains regroupements. Dans presque la totalité des CH (93 %), une organisation en service persiste. Qu'elle soit évaluée en nombre de lits, en budget ou en nombre d'ETP, la taille des pôles est directement corrélée à la taille de l'établissement.

Très peu de ces pôles ont défini leurs projets ou structuré leur fonctionnement, et seuls 10 % ont déjà signé un contrat de pôle. L'objectif préconisé initialement pour l'échéance fin 2006 ne sera probablement pas atteint. Les deux composantes initiales de la réforme (conseil exécutif et définition du périmètre des pôles) devraient être effectuées par 3/4 des hôpitaux au 31 décembre 2006; 2 % des CH n'auront rien mis en place, ni pôles ni CE, ce qui témoigne des grandes difficultés managériales et stratégiques de ces quelques établissements.

L'adhésion des communautés médicales et pharmaceutiques

Environ la moitié des CME adhère sans enthousiasme excessif, mais sans réticence majeure, à une réforme qui devra faire ses preuves. Un quart des communautés médicales a eu un rôle moteur, avec un engagement fort. Un quart environ exprime des réserves fortes, voire dans 6 % des cas une opposition nette, et ce toujours dans des établissements de petite taille.

Toutefois, il n'y a eu aucun vote négatif des instances (CME, conseil d'administration) dans les établissements déjà « pôlés » de l'échantillon. « L'équilibre parfait » entre enthousiasme et réticence dans l'adhésion des communautés médico-pharmaceutiques montre d'une part que la réforme est engagée et d'autre part que l'information sur les enjeux et la formation des acteurs est encore insuffisante. La plus-value de la nouvelle gouvernance ne se résume pas à l'organisation polaire et à l'organigramme d'instances mais vise à remédicaliser les décisions et à associer davantage les acteurs effectifs de terrain. Le débat organisationnel occulte parfois l'essentiel, d'autant que le modèle polaire est d'abord conçu pour les plus grosses structures, ce que confirme notre enquête.

Environ la moitié des CME adhère sans enthousiasme excessif, mais sans réticence majeure, à une réforme qui devra faire ses preuves.

Quelques difficultés

Des difficultés existent. Elles sont multiples et ne doivent pas être sous-estimées : interrogations nombreuses sur la réforme de la part des praticiens déjà très sollicités (accréditation/certification, tarification à l'activité, évaluation des pratiques professionnelles), absence de formation et de temps médical disponible, absence de bénéfice clair dans les CH de taille moyenne ou modeste.

À ce stade de la réforme, il semble clair que celle-ci nécessitera plus de temps pour être assimilée que la seule année 2007. Les premiers regroupements en pôles n'auront pas toujours un effet positif immédiat, d'autant que les délégations ne seront pas mises en œuvre. Il est probable qu'une deuxième étape visant à redéfinir ou ajuster les périmètres de pôles initiaux sera souvent nécessaire pour surmonter les difficultés, vaincre les résistances au changement et convaincre de la valeur ajoutée des nouvelles organisations.

>> Différence entre petits CH et CH de taille moyenne

	< 250 lits MCO	> 250 lits MCO	Analyse statistique
Pas de conseil exécutif	43 %	5 %	$p < 0,001$
Regroupement en pôles	52 %	79 %	$p < 0,01$
Pas d'adhésion, voire opposition, de la CME	36 %	16 %	$p < 0,05$

Source : Conférence nationale des présidents de CME de CH, octobre 2006.

Quelques pistes d'action

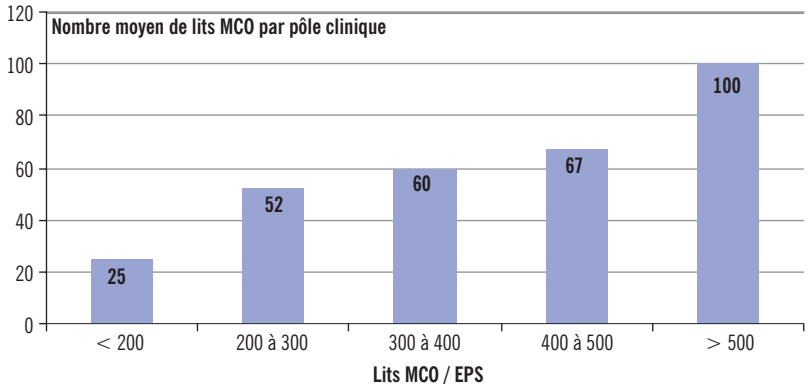
Quelques propositions peuvent être formulées à partir des données recueillies. Ces propositions concernent la formation et l'information, l'accompagnement *in situ* et les modifications réglementaires.

Des efforts de formation - notamment des responsables de pôles médicaux, soignants et administratifs - sont demandés, ainsi que le renforcement du dispositif actuel. Les présidents de CME privilégient un séminaire sur deux ou trois jours, associant l'actuelle formation proposée par la DHOS et des thématiques complémentaires : gestion de la contractualisation, gestion de conflit, formation action *in situ* ou par territoire. Une information large et répétée (la répétition étant mère de la pédagogie) est à mettre en place pour l'ensemble des personnels hospitaliers afin d'en faciliter l'adhésion, en particulier autour des conseils de pôle. Un document synthétique et pédagogique concernant l'organisation, le fonctionnement des pôles (règlement intérieur, contrat, délégation, suivi…) est fortement souhaité, en complément de l'excellent guide juridique réalisé par Jean-François Cabon [1].

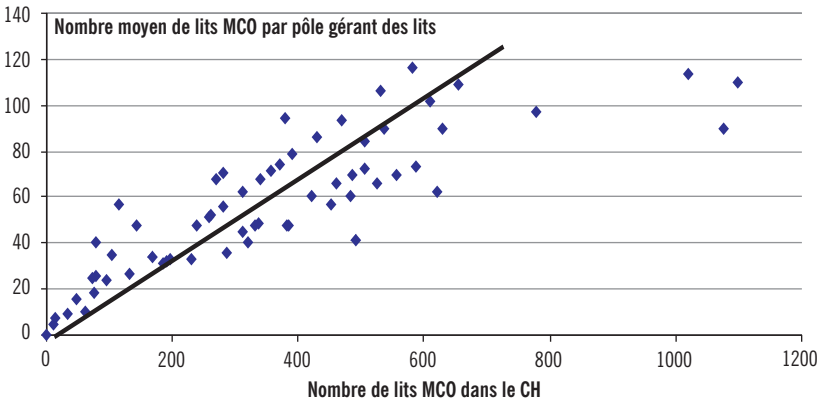
Beaucoup de nos collègues - en particulier de petites structures pauvres en ressources internes - souhaitent également un accompagnement *in situ* ou par territoire (*via* des assistants de gestion, par exemple) en particulier pour la rédaction des contrats de pôle, des tableaux de bord et la négociation des délégations. La demande porte aussi sur des modèles de contrats de charte de pôles et de journées de mutualisation d'expériences.

Une modification réglementaire nous semble nécessaire pour favoriser le développement des pôles de territoire. Elle permettrait de mutualiser et d'optimiser réellement les moyens au regard de leurs masses critiques. Elle apporterait un plus à certaines activités, souvent regroupées très artificiellement afin de « rentrer » dans un cadre polaire sans réelle efficience (biologie, hygiène, pharmacie…). Enfin, au-delà du calendrier très contraint, il conviendrait d'accorder aux établissements une marge d'organisation opérationnelle. ■

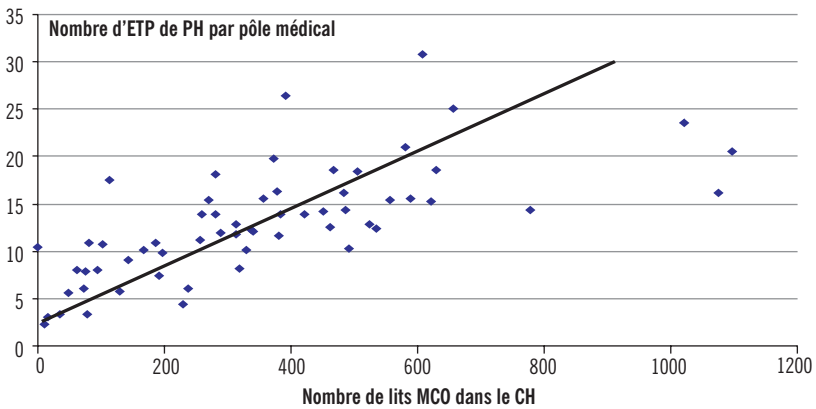
>> Nombre moyen de lits MCO par pôle en fonction de la taille de l'établissement



>> Corrélation entre taille de l'établissement et taille du pôle (évaluée en nombre de lits)



>> Corrélation entre taille de l'établissement et taille du pôle (évaluée en nombre de praticiens hospitaliers)



Source : Conférence nationale des présidents de CME de CH, octobre 2006

1. *Le Régime juridique des commissions médicales des établissements publics de santé et des syndicats interhospitaliers*, éditions DHOS, novembre 2001. Guide téléchargeable sur http://www.sante.gouv.fr/htm/publication/dhos/cme/accueil.htm

Revue hospitalière de France

www.fhf.fr rubrique Les revues et les guides

Illustration : Noëlle Herrenschmidt, *Hôpital à la vie, à la mort*, © Éditions Gallimard

Analyser

le système hospitalier,
son financement,
son encadrement juridique,
l'organisation des soins,
la prise en charge des patients.

Accompagner

les réformes et les cultures professionnelles.

Anticiper

les évolutions du monde sanitaire, social et médico-social.

Découvrir

l'actualité du web, les dossiers internationaux, les livres en prise avec le monde de la santé, l'art et la culture à l'hôpital.

Organe de presse de la Fédération hospitalière de France, la Revue hospitalière de France est diffusée par abonnement et vente au numéro. Elle paraît tous les deux mois.

Société / Établissement : .....

Nom, prénom : .....

Adresse d'expédition (et de facturation si différente) : .....

.....

.....

désire un abonnement à la Revue hospitalière de France (6 numéros servis)

☐ à l'année civile ☐ à compter de la date de votre commande

au prix de :

• France	☐	96,97 € TTC (TVA 2,10%)
• Étudiants personnels hospitaliers abonnés à titre personnel	☐	84,88 € TTC (TVA 2,10%)
• Hôpitaux locaux, EMS	☐	58,09 € TTC (TVA 2,10%)
• DOM/TOM	☐	96,71 €
• Europe/Étranger	☐	132,65 €

Date de votre commande.....

BULLETIN D'ABONNEMENT 2007

Règlement à réception de facture

Fédération hospitalière de France
Revue hospitalière de France
33, avenue d'Italie - 75013 Paris
Tél. : 01 43 13 39 00
Fax : 01 43 13 39 01
rhf.abonnements@fhf.fr

FHF Fédération Hospitalière de France

OJD PRESSE PAYANTE 2004

Directeur des finances au bord de la crise de nerfs

Hélène de Roo
Directrice des finances,
centre hospitalier Sud-Francilien

« Attention, espèce en voie de disparition : directeur des finances dynamique, motivé et optimiste… Car 2006 aura été l'année de tous les dangers pour les directeurs des finances. Un vrai parcours du combattant.
En bons fonctionnaires que nous sommes, nous acceptons les réformes. Et dans l'ensemble, jugeons qu'il était réellement nécessaire de modifier en profondeur le mode de financement des hôpitaux. Mais l'art et la manière font défaut.

L'exercice 2005 avait déjà été éprouvant, notamment en ce qui concerne les votes de budgets adoptés en mai. Puis 2006 a vu une réforme d'ampleur du système budgétaire et financier des hôpitaux engagée, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) : petit sigle pour grosses difficultés.
Après une rapide (in)formation diligentée par le ministère, nous sommes censés être devenus spécialistes en bilan, fonds de roulement d'exploitation, besoin en fonds de roulement, capacité d'autofinancement… Nous avons cependant eu le temps de méditer sur ces concepts, puisque les arrêtés budgétaires sont arrivés courant avril et que les budgets n'ont pas été votés avant mai.
Dans cette période d'attente, les hôpitaux fonctionnent en budget de reconduction. Comment procéder à un contrôle, à une maîtrise des dépenses tels que demandés, alors que pendant six mois de l'année nous ne disposons pas de notre budget définitif ? Sans parler de l'application concrète de l'EPRD, qui implique le renseignement de tableaux à destination des tutelles. Tableaux d'une complexité toute technocratique, dont nombre de formules sont fausses et que, pleins de bonne volonté, nous corrigeons.

À ces difficultés s'ajoute bien évidemment la stupeur à l'annonce des enveloppes budgétaires attribuées : il va nous falloir présenter un budget en déficit au conseil d'administration. Une vraie révolution culturelle ! Comment ne pas trouver complexe, voire illusoire, de tenir le gouvernail d'un hôpital sans MIGAC reconnues à leur juste valeur, avec un plan d'économies pour l'assurance maladie qui s'ajoute parfois à un plan de retour à l'équilibre, une fluctuation des tarifs imprévisibles…
La situation devient presque tragi-comique lorsqu'il s'agit d'expliquer cette réforme aux collègues, aux instances… L'équipe des finances se sent isolée. Face à une telle complexité, la pédagogie seule ne suffit plus.
Une réforme d'ampleur ne parvenant pas à nous occuper, s'ajoute celle de la facturation. Les directeurs des finances, également responsables de ce volet, se noient progressivement dans les réformes successives, cumulatives, roboratives… On peut ainsi comptabiliser, pour la seule année 2006 : la mise en place de la CCAM, la participation forfaitaire de l'assuré (un euro), le ticket modérateur (dix-huit euros), la mise en place du parcours de soins.
Face à ces nombreux bouleversements, le directeur des finances et son équipe se sont trouvés fort

Vos points de vue nous intéressent : réformes, évolutions et problématiques animent le monde hospitalier, suscitant débats et réflexions, prises de position et engagements. La *Revue hospitalière de France* souhaite donner une place à leur expression, sous forme de tribune libre. Merci d'adresser vos textes à rhf.redaction@fhf.fr

libre

dépourvus… Les réformes se sont appliquées sans accompagnement aucun. Lorsque nous nous sommes tournés vers la caisse primaire d'assurance maladie, celle-ci nous a indiqué que les réformes étaient obligatoires et à mettre en œuvre dans les plus brefs délais sous peine de sanctions pécuniaires. Lorsque nous avons interrogé nos éditeurs de logiciels, ils nous ont répondu être dans l'incapacité de fournir les adaptations informatiques nécessaires à une application concrète. Un vrai dialogue de sourds.

N'écoutant que notre amour du service public, nombre d'entre nous ont, avec leurs équipes, difficilement franchi les obstacles, retardant ainsi très souvent le démarrage de la facturation, source de recettes non négligeables pour les établissements.

Durant cette année 2006, le directeur des finances a dû, très souvent, se muer en GO (gentil organisateur) : indispensable pour motiver et réconforter ses équipes. Des équipes déboussolées par les nombreux changements qu'impliquent, au quotidien, ces réformes.

2007 sera-t-elle du même acabit ? On nous annonce déjà une clôture épique de l'exercice, la suppression du taux de conversion dont la lecture du décret d'application a donné la migraine à beaucoup d'entre nous. Les tarifs seront sûrement à nouveau modifiés. Et les arrêtés budgétaires en retard.

On en deviendrait fataliste s'il n'était essentiel de défendre l'hôpital public et ses missions. Ces réformes ont pour objet de le moderniser, de lui donner les moyens d'avancer en valorisant sa propre activité. Malheureusement, leur non-accompagnement, les changements constants des règles du jeu rendent l'avenir financier des hôpitaux illisible. Tout du moins aux acteurs de terrain que nous sommes.

Reste aux directeurs des finances, et à leurs équipes, une petite part d'espérance : celle qu'une cellule d'accompagnement psychologique aux réformes soit, qui sait ?, à l'étude.

Un nouvel horizon pour vos recrutements CDD-CDI
L'Appel Médical Conseil et Recrutement répond à vos attentes en matière de recrutement de CDD ou CDI.
Pour assurer vos engagements et obligations de recrutement, qu'ils soient ponctuels ou permanents, l'Appel Médical Conseil et Recrutement vous propose une gamme complète de solution : sourcing, étude de poste, recrutement et sélection, recommandations et suivi… sont les principales étapes clefs de notre future collaboration.
> Personnels d'encadrement ou de soins, l'Appel Médical Conseil et Recrutement vous accompagne dans vos recrutements de CDD ou CDI.
l'appel médical
conseil & recrutement
N° Vert 0 800 240 533
sante-recrutement.com

Catherine Bonhomme
Rédactrice en chef adjointe
Revue hospitalière de France

Cultures et cité

Hi.culture
GIE d'ingénierie culturelle

Comment promouvoir une politique culturelle dans son hôpital ? Y monter un projet artistique ? Sensibiliser ou former les personnels ? La volonté politique est indispensable. Le désir aussi. Mais lorsque les dossiers prioritaires s'accumulent, que le temps nous échappe, qu'expérience et compétences manquent, le risque est grand de s'arrêter en chemin.
Hi.culture permet de se doter d'un outil d'accompagnement et de développement de projets transversaux. Créée par plusieurs hôpitaux engagés dans des politiques culturelles et par la Fédération hospitalière de France, cette structure de coopération se présente comme un véritable centre de ressources et d'ingénierie culturelle inter-établissements.
Ses compétences s'inscrivent dans les domaines du patrimoine, de l'art et des sciences sociales et humaines : conception et mise en œuvre de formations ; conception et mise en œuvre d'outils et d'actions culturels inter-hospitaliers communs ; ingénierie et assistance à maîtrise d'ouvrage des dispositifs et des évaluations « Culture et hôpital ».
La structure, dénommée « Hi.culture », pour Hôpital-Innovation-Culture, s'est organisée en groupement d'intérêt économique par convention le 29 mars dernier.

Mutualiser ressources et compétences

Objectif général : contribuer à développer une sensibilité aux dimensions culturelles du monde hospitalier, tant sur le plan de ses caractéristiques anthropologiques que sur le plan de ses initiatives artistiques et patrimoniales. Il est aussi de faire partager aux usagers et populations les savoirs et questionnements par des actions communes. Il est encore de dynamiser et d'animer un réseau d'établissements sur la question des mouvements culturels et de l'ouverture à l'art du monde hospitalier : tout un programme, centré sur la culture de l'hôpital autant que sur la culture à l'hôpital.
Hi.culture s'adresse aux hôpitaux et maisons de retraite qu'elle se propose d'accompagner dans leur dynamique de changement, en mutualisant et organisant les ressources et compétences nécessaires : une dynamique plurielle, dans laquelle ils pourront rechercher expertise culturelle et artistique.
Les premières formations devraient débuter au cours du second semestre 2007. Leurs thèmes ont été conçus pour répondre au plus près des besoins des établissements, qu'il s'agisse de sensibilisation et de conditions d'émergence d'un projet, des enjeux et de l'accompagnement des reconstructions et constructions architecturales et urbanistiques, ou encore de l'accompagnement de restructurations.
La vitalité d'Hi.culture dépend de la capacité d'initiative des établissements. Ses membres fondateurs ont ouvert la voie. Le GIE est éligible à de nouveaux adhérents. ■

>> Membres du groupement

- Fédération hospitalière de France
- Centre hospitalier universitaire de Nice
- Centre hospitalier Le Vinatier
- Maison de retraite Saint-Jean, La Fare Les Oliviers
- Centre hospitalier régional et universitaire de Lille
- Centre hospitalier universitaire de Strasbourg
- Centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand
- Hôpital Saint-Joseph Saint-Luc, Lyon

Hi.culture
Dominique Valmary, président
CH Le Vinatier, 95 Bd Pinel - 69 677 Bron
Tél. : 04.37.91.55.80
Hi.culture@ch-le-vinatier.fr

Philippe Ramette,
ou l'art de la contrainte en liberté

Un homme marche sur l'eau à la manière d'un promeneur. À son pas que l'on devine lent, concentré, on l'imagine en chemin vers quelque rendez-vous. Il est vêtu d'un costume noir. Blanc est le col de sa chemise, et la longueur des manches laissent entrevoir ses mains. Des collines se profilent au loin, et là vers où il se dirige, phare, jetée, s'élève une colonne blanche. Blanc très pur. Azur lumineux, transparent. L'homme qui marche sur l'eau a pour nom Philippe Ramette. Il emploie la photographie comme médium de son art.

À l'ère des logiciels informatiques reconstruisant l'image, point d'artifice numérique dans l'œuvre de Ramette. Mais une installation savante autant qu'indécelable, servie par une équipe technique d'ingénieurs du réel. *Exploration rationnelle des fonds sous-marins: l'arrivée 2006* déploie la contrainte en liberté, à la façon de Georges Pérec.

Vous rencontrerez peut-être Philippe Ramette au *Balcon*, méditant face au ciel de Hong Kong ou de Bionnay, ou encore étendu dans un champ d'herbe rase, inversant la pesanteur. Une performance qu'il communique étrangement à ceux qui le contemplent. Et que l'on peut surprendre, tête curieusement penchée, buste en déséquilibre, cherchant à le rejoindre.

Né en 1961, Philippe Ramette vit et travaille à Paris. Ses œuvres sont présentées en France à la galerie Xippas, à la Maison européenne de la photographie et dans de nombreuses collections publiques (FRAC, Caisse des dépôts et consignations). À La MEP jusqu'au 31 décembre, dans le cadre de l'exposition *Mutations 1*. Philippe Ramette a reçu le 30 novembre le prix Alcatel du mois européen de la photographie, dont l'industriel est le mécène. ■

© Marc Domage - Courtesy Galerie Xippas

Philippe Ramette
Exploration rationnelle des fonds sous-marins : l'arrivée, 2006 - Photographie couleur 150 x 120 cm

Galerie Xippas
108, rue Vieille-du-Temple, 75003 Paris
Tél. : 01 40 27 05 55.
www.xippas.com
La galerie est l'éditrice de
Philippe Ramette - Catalogue rationnel
avec le concours du ministère
de la Culture et de la Communication
Prix 38 €. ISBN : 2-909061-39-6
Maison européenne
de la photographie (MEP)
5-7 rue de Fourcy, 75004 Paris
Tél. : 01 44 78 75 00
www.mep-fr.org

Culture scientifique et communication médicale
L'hôpital William-Morey de Chalon-sur-Saône fête la science

© CHU Montpellier - photo: Yves Clauzon

Événement national initié et organisé par le ministère de la Recherche, la Fête de la science se décline en région. Cette fête est celle de toutes les sciences, des plus fondamentales aux secteurs de l'innovation culturelle ou technologique, des sciences de la vie à celles qu'on nomme humaines et sociales. Elle a soufflé ses quinze bougies en octobre.

L'hôpital William-Morey de Chalon-sur-Saône était l'une des structures hospitalières participantes. Thème retenu : culture scientifique et communication médicale : « *L'hôpital, pour communiquer avec ses usagers ; le médecin, pour communiquer avec son patient ; l'hôpital et les soignants, pour tenir leur rôle dans l'espace public de santé et remplir leur mission d'information, de prévention et de soin ; chacun constate qu'il est nécessaire de promouvoir des actions culturelles de nature scientifique* », observe Yvan Maniglier, secrétaire général de l'établissement.

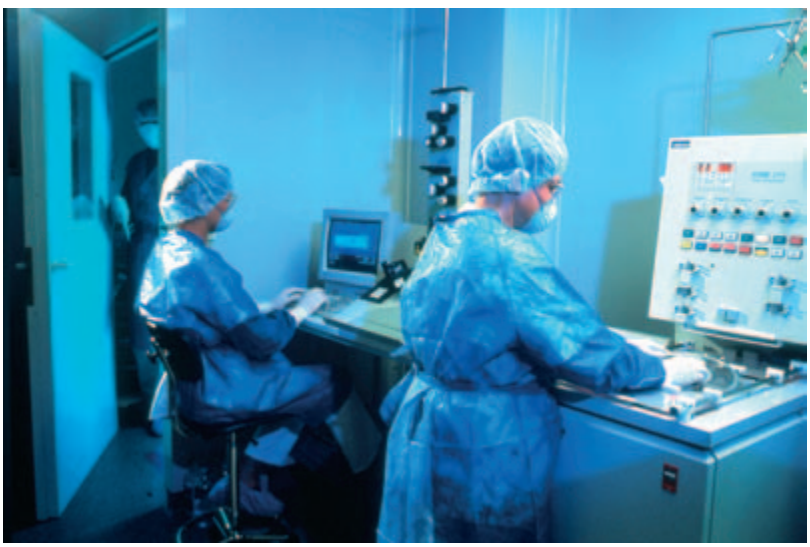
Croisement entre ethnologie et médecine

Le thème a été mûrement réfléchi par l'équipe de direction et le Dr François Lotteau, président de l'association

Abigaïl Mathieu en charge de conserver et valoriser son patrimoine. « *Depuis 2005, dans le cadre du programme Culture à l'hôpital, à côté des actions culturelles entreprises notamment en pédiatrie, en néonatalogie et au centre gérontologique du Chalonnais, nous avons choisi de mettre l'accent sur cet aspect particulier de la culture qui répond de manière complémentaire à notre engagement en faveur de l'accueil et de la qualité de vie* », explique le praticien. Plusieurs aspects de communication scientifique liée à la santé ont été présentés le 14 octobre dernier. Une conférence de l'ethnologue Marie-Christine Pouchelle (CNRS, Paris) a ouvert la journée en explorant l'apport du croisement entre ethnologie et médecine. En rendant compte, sous l'angle de sa discipline, de l'utilisation du robot en chirurgie cardiaque, la chercheuse a donné à voir l'importance de la transdisciplinarité au service de l'observation de l'homme.

Cœur et circulation, comment ça marche ?

Même lorsqu'on évite d'utiliser le jargon médical, la compréhension par le patient est limitée par ses connaissances. Il faut avoir une idée du fonctionnement normal du cœur et de la circulation pour en saisir les défaillances et les principes de prévention et de traitement. Au centre de la démarche de vulgarisation, les infirmiers sont des médiateurs essentiels du processus. Les infirmières du service de cardiologie à l'hôpital de Chalon-sur-Saône et Arnaud Dellinger, chef du service, se sont livrés à l'exercice d'expliquer « *comment ça marche* » à un public attentif.



© CHU Montpellier - photo: Gilles Vallet

Usages non médicaux de l'imagerie médicale

Radiographie, échographie, scanner, autant d'outils médicaux et scientifiques destinés à établir des diagnostics. Pourtant, les images du corps invisible, ses formes intérieures et les techniques de l'imagerie médicale sortent de la confidentialité du cabinet médical et font irruption dans d'autres lieux. Des artistes et des publicitaires s'en sont emparés et en font d'autres usages. Une exposition réalisée par le Dr François Lotteau illustrait ces visibles usages des images de l'invisible.

Vous avez dit virus ?

« *Les antibiotiques, c'est pas automatique* », rappelle à bon escient une campagne du ministère de la Santé. Virus ou pas virus ? Grippe aviaire, chikungunya, VIH : comment fonctionne - ou ne fonctionne pas - l'information scientifique des populations et des décideurs ? Quel est son rôle dans la prévention et la lutte contre les épidémies virales ? Un immunobiologiste de l'INSERM a fait œuvre de pédagogie. « *Le droit de comprendre fait partie du droit des usagers et la nécessité de comprendre fait partie du soin*, explique François Lotteau. *Offrir les moyens de comprendre pour pouvoir décider librement, adhérer aux conseils de prévention ou aux propositions thérapeutiques, est une mission à part entière de l'hôpital.* » Autre aspect méconnu de ses activités, les liens entre santé et recherche à l'hôpital : « *Une évidence, pourtant rarement mise en avant auprès du public* », souligne Yvan Maniglier.

L'action du centre hospitalier a reçu le soutien de l'agence régionale de l'hospitalisation et de la direction régionale des affaires culturelles de Bourgogne, ainsi que du conseil général de Saône-et-Loire et de la ville de Chalon-sur-Saône, entre autres partenaires. Les représentants des usagers au sein du comité de pilotage Culture à l'hôpital en Bourgogne ont soutenu le projet avec enthousiasme. Pour ses promoteurs, il est une étape, réussie, dans l'élaboration d'un programme de communication culturelle scientifique durable. ■

15 janvier

Hôpital de Chagny
Science(s) et art(s), une synergie pour la culture à l'hôpital

Cette journée d'étude accueillera notamment les interventions de Jean-Pierre Peter, historien de la médecine, et d'une plasticienne, Jessica Vaturi. ■

Plus d'informations et inscriptions
Philippe Dumas, hôpital local de Chagny (71150)
Courriel : ph. dumas@gmail.com
Tél. : 03 85 46 81 78

techniques hospitalières

LA REVUE DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ

Revue généraliste des technologies de la santé, ***Techniques hospitalières*** vous donne rendez-vous tous les deux mois pour partager vos expériences et découvrir la richesse des pratiques et techniques mises en œuvre dans les établissements de santé :
• techniques médicales et de soins • qualité • stérilisation • hygiène • pharmacie • plateau technique • imagerie • ingénierie biomédicale • logistique • architecture • sécurité • système d'information et télémédecine • recherche…

Des projets aux réalisations, l'objectif de ***Techniques hospitalières*** est d'informer la communauté hospitalière sur toutes les formes d'innovations susceptibles d'avoir un impact sur l'évolution des pratiques.

Animée par un comité d'experts pluridisciplinaire composé de représentants de fédérations d'établissements, de directeurs d'hôpitaux, de médecins et de pharmaciens praticiens hospitaliers, de cadres soignants, d'architectes, d'ingénieurs de génie civil et biomédicaux, ***Techniques hospitalières*** est diffusée par abonnement, en France, en Europe et à l'étranger.

Comparez vos pratiques

Cultivez votre techniques

www.fhf.fr rubrique Les revues et les guides

BULLETIN D'ABONNEMENT 2007

Société / établissement : .....
Nom, prénom : .....
Adresse d'expédition (et de facturation si différente) : .....
.....
.....

désire un abonnement (6 numéros servis)

☐ à l'année civile ☐ à compter de la date de votre commande

au prix de :

• France	❑ 125,28 €	TTC (TVA 2,10%)
• Étudiants, personnels hospitaliers abonnés à titre personnel	❑ 75,18 €	TTC (TVA 2,10%)
• DOM/TOM	❑ 122,70 €	
• Europe/Étranger	❑ 128,30 €	

Date de votre commande : .....

Règlement à réception de facture

Fédération hospitalière de France
Techniques hospitalières
33, avenue d'Italie
75013 Paris
Tél. : 01 43 13 39 00
Fax : 01 43 13 39 01
th.abonnements@fhf.fr

techniques hospitalières

Le métier de médecin

Entre utopie et désenchantement

Marco Vannotti

Éditions : *Médecine et hygiène, Chêne-Bourg (Suisse) - www.medhyg.ch*

Publication : *août 2006 - 252 pages - 33,15 €*

« Vivre et accepter l'épreuve de la vulnérabilité, oser admettre et reconnaître les blessures qui sont à l'origine du métier médical, c'est faire un pas décisif vers l'humanisation de la médecine. Il y a une grande cohérence à mettre en parallèle la fragilité du médecin et une nouvelle lecture des principes de la bioéthique, où la bienfaisance, la justice et la vulnérabilité viennent encadrer et porter l'autonomie plutôt que lui céder tous les pouvoirs … Nous n'avons plus affaire ici à un clivage entre le médecin qui sait et le patient qui demande - et qui paie -, mais à une expérience de co-humanité. » Ce livre insiste sur la notion de confiance : confiance relationnelle et confiance dans les potentialités d'autrui et du métier médical.

Marco Vannotti est psychiatre et psychothérapeute d'orientation systémique. Il travaille à la policlinique médicale universitaire et au département de psychiatrie, CHUV de Lausanne (Suisse).

La communauté de soins en question

Le travail hospitalier face aux enjeux de société

Ivan Sainsaulieu

Éditions : *Lamarre éditions*

Collection : *Fonction cadre de santé*

Publication : *janvier 2006 - 267 pages - 31,50 €*

Après une présentation approfondie des concepts sociologiques utilisés, l'auteur met en lumière ce qui se joue dans les services, restituant la richesse des relations qui forgent leurs différentes cultures. Ce livre veut répondre aux questions : y a-t-il une ou plusieurs communautés du soin ? Quelles formes y prend la relation à autrui ? Il permet de prendre du recul, de dédramatiser les relations au travail pour mieux les replacer dans leur contexte.

Sociologue et politiste, Ivan Sainsaulieu mène des recherches dans le cadre du CNRS et enseigne à l'université (Paris V et XIII) ainsi qu'aux écoles de formation de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris.

Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ?

Régine Bercot, Frédéric de Coninck

Éditions : *L'Harmattan, Paris - www.editions-harmattan.fr*

Collection : *Coll. Logiques sociales*

Publication : *septembre 2006 - 148 pages - 13,50 €*

Deux cas concrets illustrent cette étude : la prise en charge de l'insuffisance cardiaque et le réseau de santé-social Saint-Denis. Après avoir coordonné en 2005 *L'Univers des services* (éditions L'Harmattan), les sociologues Régine Bercot et Frédéric de Coninck se penchent sur les réseaux de santé. Ils y voient l'émergence de nouvelles coopérations entre acteurs, mais aussi entre le malade, son entourage et le personnel soignant. Et analysent les obstacles institutionnels, les hiérarchies professionnelles implicites et les enjeux organisationnels qui prévalent à leur mise en œuvre.

Régine Bercot est professeur de sociologie à l'université de Paris 8 et chercheur au laboratoire Genre Travail et Mobilité. Frédéric de Coninck est directeur de recherches en sociologie à l'École nationale des ponts et chaussées.

Scores et outils de mesure en médecine d'urgence

Philippe Leveau
Éditions : *Maloine, Paris - www.maloine.fr*
Collection : *Guide poche médecine*
Publication : *avril 2006 - 200 pages - 20 €*

Cet ouvrage recense les principaux outils de mesure en médecine d'urgence : 132 diagnostiques, 173 pronostiques et 7 d'évaluation. Pour chacun, il expose sa définition, ses indications, sa description et ses limites, avec son niveau de preuve ainsi que les scores, les échelles et les classifications utilisables. Le lecteur y trouve une aide au diagnostic, une estimation du pronostic ou la possibilité d'évaluer l'activité de son service.
Philippe Leveau est chef de service aux urgences d'un centre hospitalier.

Samedi

Ian McEwan
Traduit de l'anglais par France Camus-Pichon
Éditions : *Gallimard, Paris - www.gallimard.fr*
Publication : *2006 - 349 pages - 21 €*

Un des meilleurs romans de l'année, unanimement salué par la critique. À l'instar d'*Ulysse* de Joyce, *Samedi* est le récit d'une journée particulière, vingt-quatre heures dans la vie d'un homme. Henry Perowne, neuro-chirurgien, a 48 ans, une femme qu'il a rencontrée à l'hôpital où elle venait se faire opérer d'une tumeur hypophysaire, deux enfants. Ce matin du 15 février 2003, il se réveille quelques heures avant l'aube. Écoute le bruit du monde. Songe à la semaine qui s'écoule - épidémie de grippe au sein du personnel de l'hôpital - aux siens, à la partie de squash qu'il va disputer avec un confrère. Plus tard il rejoindra ce monde, ses heurts, ceux de la rue et de la ville, de son service et de la vie. À la fin du jour, plus rien ne sera comme avant. Ian Mc Ewan observe le monde contemporain avec la rigueur d'un scientifique doué d'introspection. Et quand il fouille l'âme humaine, c'est avec la précision d'Henry Perowne opérant, toujours à flanc de risque, le siège intime, complexe et fascinant de notre identité. Universel et palpitant.
Né en 1948, Ian McEwan, un des écrivains les plus brillants de sa génération, a été couronné en 1998 par le Booker Prize pour Amsterdam. *Son précédent roman* Expiation *(2001), explore au scalpel le mensonge et la culpabilité. Il a été vendu à plus d'un million d'exemplaires en Angleterre.*

Des patients tout-puissants ?

Collectif
Éditions : *Médecine-Sciences Flammarion, Paris - http://medecine.flammarion.com*
Collection : *Institut Maurice Rapin*
Publication : *août 2006 - 63 pages - 12 €*

Fil rouge des 15es Journées d'éthique médicale organisées par la Fondation Maurice-Rapin, l'évolution du statut des malades et de la relation malade/médecin : faut-il y voir la naissance d'une démocratie sanitaire, de patients co-acteurs de leurs soins et/ou de patients tout-puissants ? Les conférences qui constituent ce volume ont été prononcées le 15 novembre 2005 : émergence du droit des malades, notion de patient et de partenaire, place et représentativité des associations de patients, spécificité du patient en psychiatrie, principes éthiques d'une « bonne puissance » des individus, indemnisation des accidents médicaux… Autant de sujets au carrefour du droit, de l'éthique et du soin.
Ouvrage collectif sous l'égide de la Fondation Maurice-Rapin. Conférences d'Emmanuel Hirsch, Christian Saout, Jean Canneva, Dominique Thouvenin, Henry Silverman, Dominique Martin, François de Singly .

Mémento pratique des rites et des religions à l'usage des soignants

Isabelle Lévy

Éditions : *Estem, Issy-les-Moulineaux - http://estem.fr*

Publication : *2006 - 84 pages - 9,50 €*

Ce mémento présente les traditions et rites prévalant dans les cinq grandes religions sous forme de tableaux synthétiques classés par thèmes. Destiné aux soignants, il vise à faciliter la compréhension des traditions rituelles des différentes religions, et à améliorer l'accueil et la prise en charge des patients croyants et pratiquants.

Écrivain et conférencière, Isabelle Lévy est l'auteur de plusieurs ouvrages traitant des relations religion-médecine.

Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques

Recueil des bonnes pratiques organisationnelles observées

MEAH

Éditions : *Berger-Levrault, Paris - www.editions.berger-levrault.fr*

Publication : *octobre 2006 - 84 pages - 25,60 €*

Guide pratique mis au point par la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH), cet ouvrage présente les indicateurs d'activité, de mesure de la performance retenus comme les plus pertinents par les établissements qui ont participé à l'étude. 8300 interventions dans plus de 115 salles d'opérations ont été observées.

Repenser le maintien à domicile

Enjeux, acteurs, organisation

Bernard Ennuyer

Éditions : *Dunod, Paris - www.dunod.com*

Collection : *Action sociale*

Publication : *2006 - 288 pages - 26 €*

Articuler le maintien à domicile à sa finalité éthique permet de mettre en perspective la place des personnes âgées dans notre société. Une série de notions a été interrogée : le vieillissement et la vieillesse, l'incapacité et le handicap, le domicile et le chez soi, l'aide professionnelle et le soutien familial, la coordination, l'évaluation, la formation, les politiques publiques, leur choix et leur financement. En dernier lieu, le questionnement sur les limites du maintien à domicile et sur ses coûts fait apparaître le déficit actuel des politiques publiques.

Ingénieur de formation et docteur en sociologie, Bernard Ennuyer est directeur d'association d'aide à domicile.

Cours de droit médical - 3e édition

Gérard Mémeteau

Les Études hospitalières, Bordeaux - www.leh.fr

Publication : *avril 2006 - 618 pages - 60 €*

Ce cours de droit médical, en grande partie de bioéthique, fait le point sur les difficultés juridiques actuelles de l'exercice de la médecine privée et hospitalière publique. Il présente l'organisation de la médecine (y compris les comités d'éthique), les responsabilités des professionnels au vu de la jurisprudence et des textes récemment votés ainsi que le panorama des contrats usuels des médecins. L'auteur livre également des pensées personnelles sur le phénomène de la bioéthique, le respect de la personne…

Professeur et directeur du centre de droit médical à la faculté de droit de Poitiers, Gérard Mémeteau est co-directeur de la rédaction et fondateur de la Revue générale de droit médical.

Établissements d'accueil et services pour personnes âgées et personnes handicapées : être bien assuré

Éditions : *FNADEPA - www.fnadepa.com*
Publication : *juin 2006 - 62 pages - 16,60 €*

Les risques encourus par les directeurs en cas de sinistres sont importants aussi bien en termes financiers que de responsabilité civile ou pénale. La judiciarisation actuelle des conflits nécessite une bonne connaissance des assurances indispensables et souhaitables. Cet ouvrage répertorie et étudie tous les cas de figure : prise en charge des risques, choix d'une assurance en fonction des événements, responsabilité spécifique, assurance lors de travaux, assurance des personnes et des biens… Outil au service des directeurs, il contribue à une meilleure connaissance du monde des assurances.

La garde de direction de A à Z

JuriSanté - CNEH
Collection : *CNEH, Malakoff - www.cneh.fr*
Publication : *septembre 2006 - 200 € (classeur + clé USB) - l'actualisation 70 €*

Le Comité national de l'expertise hospitalière propose la première offre dynamique et évolutive pour le directeur de garde. Sous forme de fiches pratiques et synthétiques, le classeur aborde les situations auxquelles le directeur peut être confronté au cours d'une garde. Il peut être actualisé chaque année. Pour chaque fiche : rappel des règles applicables, rôle du directeur de garde, recommandations. La clé USB permet de conserver à portée de main toute l'information dans une version interactive du classeur. L'actualisation comprend les nouveautés et fiches modifiées pour le classeur, une fois par an, et l'information flash permet de recevoir par mail une information détaillée sur les dernières évolutions juridiques susceptibles d'intéresser le directeur de garde.

offres d'emploi

Groupement d'Intérêt Public du Dossier Médical Personnel, renforce ses équipes et recrute :

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Chefs de projets à la maîtrise d'ouvrage fonctionnelle h|f

Rattaché au responsable de la maîtrise d'ouvrage fonctionnelle d'un grand projet de santé, vous animez au niveau national les groupes de travail regroupant les acteurs de la mise en œuvre du DMP (patients, professionnels de santé, hôpitaux et cliniques, institutionnels et éditeurs de la santé), pour définir le DMP et son usage. A ce titre vous rédigez les cahiers des charges.

De formation Bac 3/7 et +, dans le domaine de la santé (médecin hospitalier, libéral ou exerçant des fonctions de conseils, pharmacien, infirmière...), vous justifiez d'une expérience de 5 ans minimum et avez une très bonne connaissance de l'organisation de l'offre de soins et des instances des professionnels de santé. Votre sens de la communication et vos réelles qualités d'animation de groupes de travail vous permettront de réussir à ce poste.

Chargés de mission Déploiement territorial h|f

Rattaché au Directeur du Déploiement, d'un grand projet de santé, vous animez les groupes de travail regroupant les représentants des utilisateurs et des interlocuteurs du DMP (professionnels de santé, hôpitaux et cliniques, institutionnels, patients). A ce titre, vous êtes le garant de la mise en place et du déploiement du Dossier Médical Personnel sur l'ensemble du territoire.

Vous avez une formation niveau Bac + 4/5 et plus, médicale, systèmes d'information de santé, commerciale... et une très bonne connaissance des acteurs de la santé et de ses organisations. Vous justifiez d'une expérience minimum de 5 ans dans le secteur de la santé (médecine, institutions, conseil, laboratoires, etc.). Votre sens de la communication, vos qualités d'animation de groupes de travail et votre grande disponibilité vous permettront de réussir dans ce poste. De nombreux déplacements sont à prévoir.

TMPNEO

Les postes situés à Paris sont à pourvoir très rapidement. Contrat à durée déterminée de 3 ans avec possibilité de renouvellement. Rémunération : à négocier selon votre profil.

Merci d'adresser votre candidature par mail en précisant le poste choisi : recrut.dmp@sante.gouv.fr - GIP-DMP - 45 rue Boissière - 75116 PARIS

Les textes des annonces sont à adresser :

- **De préférence par mail :**
  annonces.revues@fhf.fr
- **Ou par fax :**
  01 43 13 39 01
  À l'attention
  de Mme R. VALORUS,
  Service abonnements
  petites annonces, RHF
  Tél. : 01 43 13 39 00

Tarifs consultables sur www.fhf.fr rubrique Revue hospitalière de France

Le centre hospitalier de Périgueux (24)

1 300 lits et places d'hospitalisation, environ 2 300 agents (personnel médical compris), pôle sanitaire majeur de la Dordogne

Recherche

1 directeur

pour son institut de formation en soins infirmiers

Profil requis :

directeur de soins 1re ou 2e classe

Veuillez adresser vos candidatures à :
Direction des ressources humaines
Centre hospitalier
80 avenue Georges-Pompidou
24019 Périgueux Cedex
da.rh@ch-perigueux.fr

22

Le centre hospitalier universitaire de Bordeaux (33)

envisage des recrutements par voie de mutation

d'attachés d'administration hospitalière dans le cadre de sa GPEC,

afin de compenser 5 départs prévus dans le courant de l'année 2008, dont 4 au sein de la direction des ressources humaines (3 en direction générale, 1 sur un établissement) et 1 sur le secteur des admissions.

L'établissement projette d'étudier des candidatures éventuelles à ces postes dès le 1er trimestre 2007.

Dans l'attente d'une publication officielle, les personnes susceptibles d'être intéressées peuvent d'ores et déjà adresser une lettre de précandidature (par courrier ou par mail) à :
Monsieur le directeur des ressources humaines du CHU de Bordeaux
12 rue Dubernat - 33404 Talence Cedex
joel.berque@chu-bordeaux.fr

21

Bulletin d'abonnement *année 2007*

tarifs ci-contre

Revue hospitalière de France

Société/Établissement .....

Destinataire .....

Adresse d'expédition (et de facturation si différente) .....

.....

.....

.....

désire un abonnement annuel (6 numéros servis) ❑ à l'année civile (effet rétroactif possible)
❑ à compter de la date de la commande
au prix de : ..... € TTC

Date de la commande : .....

Règlement par chèque bancaire ou postal à l'ordre de :

Revue hospitalière de France
33, avenue d'Italie - 75013 Paris
Abonnements : Tél. : 01 43 13 39 00
Fax : 01 43 13 39 01

BRED Paris – Banque populaire
Code banque : 10107
Code guichet : 00118
Numéro de compte : 00810182886
clé : 64

Fédération hospitalière de France

Revue hospitalière de France

Directeur de la publication
Claude Évin
Codirecteur de la publication
Alain Amat
Éditeur
Fédération hospitalière de France
Directrice
Marie-Christine Burnier
Rédacteur en chef
Gérard Vincent
Rédacteur en chef adjoint
Catherine Bonhomme
Assistante de rédaction
Raphaëlle Bergez
Comité de rédaction
Jean-François Desgranges, Daniel Jacques, Murielle Jamot, Valérie Leborgne, René Mornex, Marie-Claude Sudre, Daniel Brandeho
Email : rhf.redaction@fhf.fr
Maquette *Héral Éditions*
Imprimeur
Imprimerie Bialec
BP 10423 - 54001 Nancy Cedex
Régie de publicité
Héral, 44, rue Jules-Ferry
94400 Vitry-sur-Seine
Tél. : +33 (0) 1 45 73 69 20
Fax : +33 (0) 1 46 82 55 15
E-mail : commercial@heral-pub.fr

OJD PRESSE PAYANTE 2004

Petites annonces
> *Rachida Valorus*
Tél. : 01 43 13 39 00 - Fax : 01 43 13 39 01
E-mail : annonces.revues@fhf.fr

Grand module : • *abonné :* 527,87 € ht
• *non-abonné :* 586,02 € ht
Petit module : • *abonné :* 324,33 € ht
• *non-abonné :* 360,69 € ht

TVA : 19,6% (France)
8,5 % (Dom)
exonération de TVA (Tom et étranger)

> *Remise agence : -12 %*
> *Remise consentie si parution dans RHF et Techniques hospitalières : -10 %*

Abonnements et ventes au numéro 2007
> *Rachida Valorus*
Tél. : 01 43 13 39 00 - Fax : 01 43 13 39 01
E-mail : rhf.abonnements@fhf.fr

Abonnements : 6 numéros servis.
Ces tarifs s'entendent tous frais d'expédition inclus.
> France *(TVA à 2,10%)*
Abonnement : 96,97 € TTC
Le numéro : 21,61 € TTC
• *Personnels hospitaliers, étudiants, abonnés à titre personnel : le prix de l'abonnement est réduit à 84,88 € TTC*
• *Hôpitaux locaux, établissements médico-sociaux : le prix de l'abonnement est réduit à 58,09 € TTC*
• *Remise librairie 10 %.*
> DOM-TOM
• *DOM (Guadeloupe, Martinique et Réunion)*
Abonnement : 96,71 €
Le numéro : 21,39 € TTC
• *TOM et Guyane*
Abonnement : 96,71 €
Le numéro : 25,12 €
> Union européenne - Étranger
(exonérée de TVA, sauf cas particulier)
Abonnement : 132,65 €
Le numéro : 25,12 €

REGLEMENT : BRED Paris
code banque : 10107 - code guichet : 00118
numéro de compte : 00810182886 - clé : 64

CPPAP *n° 0307 G 81414*
ISSN *0397-4626*
Siret : 784 546 582 00015
Dépot légal *3e trimestre 2006*

Annonceurs

- *Ministère de la Santé 2e de couverture*
- *GMF p. 3*
- *La Sham p. 6*
- *Corwin p. 15*
- *Appel médical p. 65*
- *HIT p. 37*
- *Geront expo 2007 3e de couverture*
- *MNH 4e de couverture*